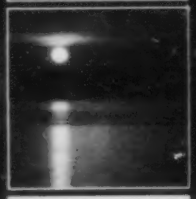
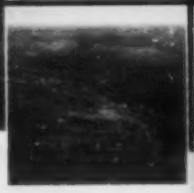
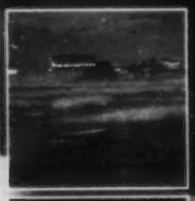
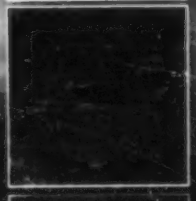
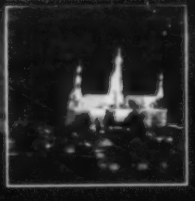
Rapport annuel de gestion

2003-2004

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

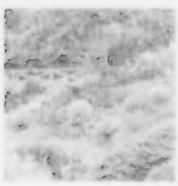
Bas-Saint-Laurent

Québec

105-02607/

Rapport annuel de gestion

2003-2004



Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Bas-Saint-Laurent

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

Québec
Bas-Saint-Laurent

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
288, rue Pierre-Saindon, 1er étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : (418) 724-5231
Télécopieur : (418) 723-1597

Adopté par le conseil d'administration
le 29 septembre 2004
A.–06-04-30R

Production
Direction des ressources humaines et des relations avec la population

Édition
© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Dépôt légal 2004
ISBN 2-921799-75-8
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

L'année de référence du présent rapport s'étend du 1er avril 2003 au 31 mars 2004.

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Monsieur le ministre de la Santé et des Services sociaux,
Mesdames, Messieurs, membres du conseil d'administration de l'Agence
Mesdames, Messieurs,

Notre rapport annuel de gestion s'inscrit cette année dans le contexte de la mise sur pied, en janvier 2004, de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent qui a succédé à la Régie régionale de santé et de services sociaux. Ce rapport annuel s'inscrit également dans une perspective nouvelle de reddition de comptes et d'imputabilité. Ainsi, nous sommes passés d'un modèle basé sur la production de services pour une clientèle à un modèle de services à l'ensemble de la communauté d'un territoire donné. Cette nouvelle approche favorise une plus grande responsabilité des dirigeants des établissements à l'égard de la santé et du bien-être de leur population respective.

L'exercice financier 2003-2004 s'est caractérisé, dans un premier temps, par la poursuite de la consolidation des activités entreprises par la Régie régionale au cours des dernières années. Ainsi parmi les faits marquants de l'année, il est intéressant de souligner l'adoption du Plan stratégique régional 2003-2006, lequel vise à assurer un meilleur accès aux services tout en proposant une révision des façons de gérer le réseau régional pour le rendre davantage performant. La réalisation de ce plan stratégique a été le fruit de l'étroite contribution des établissements de santé et de services sociaux et de la collaboration de l'ensemble des autres acteurs sociosanitaires de notre région.

Parmi les autres faits marquants de l'année, soulignons l'adoption du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, lequel s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique du Ministère. Ce plan d'action propose plusieurs défis concernant, entre autres, les services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents et relativement aux services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques.

La mise en place des groupes de médecine de famille dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation du Groupe de médecine de famille Lafontaine à Rivière-du-Loup et du Groupe de médecine de famille La Matapédia situé à Amqui. On dénombre maintenant dans la région trois groupes de médecine de famille depuis la mise en place, en décembre 2002, du Groupe de médecine de famille des Basques à Trois-Pistoles.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux en omnipratique et en spécialités pour l'année 2004 ont été adoptés. Ainsi, conformément aux recommandations du Département régional de médecine générale, le plan d'effectifs médicaux en omnipratique reconnaît les besoins de médecins établis à 250,5 (équivalents temps plein) pour la région. La cible de croissance autorisée par le Ministère, pour l'année 2004, a été fixée à 18 médecins omnipraticiens. En spécialités, le plan régional prévoit un objectif de 206 médecins spécialistes pour la région. Les objectifs de croissance autorisés par le Ministère, pour l'année 2004, ont été établis à 41 médecins spécialistes.

Soulignons par ailleurs que le présent rapport annuel de gestion présente un premier bilan de suivi de gestion, lequel a débuté en cours d'année financière, à l'automne 2003. L'implantation de ce suivi de gestion a exigé une étroite concertation entre les établissements et l'Agence et nous tenons à souligner notre reconnaissance à l'égard des efforts fournis par l'ensemble des intervenants. Ce bilan de suivi de gestion fait état des résultats attendus et des réalisations regroupées autour de treize axes d'interventions, dont, entre autres, l'urgence, les cliniques d'un jour, les chirurgies avec hospitalisation, les jeunes en difficulté, les femmes victimes de violence, le soutien à domicile et l'hébergement des personnes âgées.

Dans la foulée de l'adoption de la loi 25, à la suite de consultations effectuées depuis l'automne 2003 auprès des établissements de santé et de services sociaux, des divers organismes du milieu et des instances consultatives du conseil d'administration (Forum de la population, Département régional de médecine générale, Commission médicale régionale, Commission infirmière régionale et Commission multidisciplinaire régionale), un modèle d'organisation des services visant la mise sur pied des réseaux locaux de services a été adopté. Selon ce modèle, huit réseaux locaux de services seront mis sur place dans la région et les territoires de desserte correspondront à ceux des Municipalités régionales de comté.

De plus, pour soutenir la mise en place des réseaux locaux de services, l'Agence a amorcé en fin d'année budgétaire, une vaste consultation en vue de supporter l'élaboration des projets cliniques répondant aux besoins de la population. Ces projets cliniques concerneront dans un premier temps, les clientèles suivantes : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques et les jeunes ayant des problèmes d'adaptation sociale et leurs familles.

Soulignons également qu'une importante démarche visant à implanter le dossier patient partageable informatisé a été amorcée. Ainsi les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé et des services sociaux auront la possibilité de pouvoir partager en temps réel, des informations sur leur clientèle, favorisant ainsi le continuum de soins tout en assurant la confidentialité des informations transmises. La réalisation de ce projet viendra supporter la mise en place des réseaux locaux de services.

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent entend relever ces nouveaux défis en étroite concertation avec les établissements et en s'associant la collaboration des autres partenaires du milieu régional. Les nouvelles règles de gouvernance en matière de reddition de comptes et d'imputabilité visent à mettre l'emphase sur l'atteinte des résultats en matière d'amélioration de la santé de la population à l'intérieur des ressources disponibles et convenues. En ce sens, l'Agence entend exercer le suivi requis afin d'assurer l'atteinte de ces résultats et le respect des ententes de gestion spécifiques à convenir avec les établissements, et ce, pour le mieux-être de la population bas-laurentienne.

En terminant, nous aimerions souligner l'importance de la contribution apportée par nos partenaires dans la réalisation de nos activités et du soutien qu'ils témoignent à l'égard des projets qui sont entrain de naître. Nos remerciements accompagnent le personnel de l'Agence et des établissements, les membres des équipes de direction et des instances consultatives de notre réseau ainsi que ceux des différents conseils d'administration et du Forum de la population.

Merci et bonne lecture.

Le président du conseil d'administration,

Martin Legault

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2003-2004 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence ;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait de manière générale pour l'exercice terminé le 31 mars 2004.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

Table des matières

Chapitre 1 - L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent *11*

1.1 La mission 11
1.2 Le territoire, sa population et le réseau régional de services 11
1.3 Le plan d'organisation, le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration et les effectifs de l'Agence 15
1.4 Le Forum de la population 17
1.5 Le Département régional de médecine générale 17
1.6 La Commission médicale régionale 19
1.7 La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale 20

Chapitre 2 – Les activités de l'Agence et des établissements de la région 22

2.1 La création de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent 22
2.2 Le modèle d'organisation des services en vue de la mise en place des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux 22
2.3 Quelques faits marquants de l'année 23
2.3.1 Plan stratégique régional 2003-2006 23
2.3.2 Projet de vision régionale sur l'intégration des systèmes d'information aux réseaux intégrés de services 23
2.3.3 Mise en place de groupes de médecine de famille 24
2.3.4 Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 24
2.3.5 Protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées 24
2.3.6 Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique 2004 25
2.3.7 Plan régional d'effectifs médicaux en spécialité 2004 25
2.3.8 Autres faits marquants de l'année 25

2.4 Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2003-2004 selon les axes d'intervention 27
2.4.1 Déclaration de la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents 28
2.4.2 Axe d'intervention : Urgence 29
2.4.3 Axe d'intervention : Radio-oncologie 30
2.4.4 Axe d'intervention : Cataracte 31
2.4.5 Axe d'intervention : Genou 32
2.4.6 Axe d'intervention : Hanches 33
2.4.7 Axe d'intervention : Chirurgie d'un jour 34
2.4.8 Axe d'intervention : Chirurgie avec hospitalisation 35
2.4.9 Axe d'intervention : Troubles envahissants de développement 36
2.4.10 Axe d'intervention : Enfants dysphasiques 37

2.4.11 Axe d'intervention : Jeunes en difficulté 38
2.4.12 Axe d'intervention : Femmes victimes de violence 39
2.4.13 Axe d'intervention : Santé mentale 40
2.4.14 Axe d'intervention : Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées 41

Chapitre 3 – La contribution des organismes communautaires et le respect des règles et des normes édictées dans les cadres de gestion 42

Chapitre 4 - Les données financières 43

4.1 Les résultats financiers de l'Agence 43
4.1.1 Le rapport du Vérificateur général du Québec 43
4.1.2 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées 44
4.1.3 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations 46
4.1.4 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations 47
4.1.5 Bilan combiné des fonds affectés 49
4.1.6 État du solde de fonds combiné des fonds affectés 50
4.1.7 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2003-2004 et suivi des comptes à payer non pourvus 51
4.1.8 Notes aux états financiers 52

4.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 58
4.2.1 Le budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 58
4.2.2 Les surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent 59
4.2.3 Les autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics 60
4.2.4 Les objectifs de retour à l'équilibre budgétaire pour les établissements publics 61

4.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits 62
4.3.1 Les organismes de promotion et de services 62
4.3.2 Les organismes communautaires en maintien à domicile 65

Annexes 67

Annexe 1 Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2004 68
Annexe 2 Membres du Forum de la population au 31 mars 2004 69
Annexe 3 Membres des comités et commissions et du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2004 70
Annexe 4 Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 72

1.1 La mission

L'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2003-chapitre 21) sanctionnée le 18 décembre 2003. L'Agence succède à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et elle exerce en lieu et place de la Régie régionale et conformément aux règles applicables à cette dernière, tous les pouvoirs, fonctions et devoirs que la Loi confie à celle-ci. L'Agence poursuit la mission de la Régie régionale, laquelle consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes et les professionnels qui les dispensent.

Dans ce contexte et avec la création de l'Agence, celle-ci s'est vue confiée un nouveau mandat , soit celui de mettre en place sur son territoire une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés. Pour ce faire, l'Agence doit définir un modèle d'organisation basé sur des réseaux locaux de services.

1.2 Le territoire, sa population et le réseau régional de services sociosanitaires

Le territoire et sa population

Le système de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent dessert une population de 202 783 personnes. La population est répartie dans 118 municipalités, villes ou villages regroupés en 8 municipalités régionales de comté (MRC) : Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Les Basques, Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane. Cette population s'étend sur plus de 300 km sur l'axe est-ouest et sur environ 125 km sur les deux principaux axes nord-sud.

La population bas-laurentienne est davantage formée de personnes de 65 ans et plus qui, en raison de leur âge, sont plus susceptibles de nécessiter des services, et plus particulièrement des services à long terme.

Ainsi, l'évolution démographique de la population du Bas-Saint-Laurent selon les principaux groupes d'âge, devance les tendances observées au Québec. En 2001, les personnes de 65 ans et plus représentent 15,3 % de la population de la région comparativement à 13 % à l'échelle du Québec. La proportion actuelle de personnes de 65 ans et plus au Bas-Saint-Laurent se rapproche des prévisions faites pour le Québec en 2011 (15,9 %). On estime à plus de 18 % cette proportion en 2011 dans le Bas-Saint-Laurent. De plus, au sein du groupe de personnes de 65 ans et plus, le segment de personnes de 75 à 84 ans et celui de 85 ans et plus sont supérieurs à ceux du Québec. Cette évolution est attribuable principalement à deux facteurs : la mortalité est plus faible avant l'âge de 75 ans dans la région qu'au Québec et l'exode de jeunes adultes vers d'autres régions est plus importante en raison, notamment, du contexte économique.

Par ailleurs, la diminution des naissances et de la fécondité est plus marquée dans la région qu'au Québec. Entre 1982 et 1998, le nombre de naissances a chuté de 45 % dans la région comparativement à 16 % au Québec. L'indice synthétique régional de fécondité est également l'un des plus faibles au Québec. Conséquemment, on observe une baisse significative des familles avec enfants de moins de 18 ans de l'ordre de 9 % entre 1991 et 1996, soit une diminution de plus de 2 700 familles dans la région.

Entre 1996 et 2001, la population de la majorité des municipalités de la région a enregistré une baisse, aussi bien dans les centres de services que dans les municipalités rurales (quoique plus marquée dans ces dernières), accusant une diminution totale de 2,7 %. En 2001, pour la première fois, tous les centres de services de la région ont connu une diminution de leur population. Les phénomènes de décroissance et de vieillissement font partie du paysage démographique de toutes les municipalités régionales de comté (MRC) de la région, mais ceux-ci se manifestent à des degrés différents.

Le réseau régional de services sociosanitaires

Signalons en premier lieu que le réseau de santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend 10 établissements publics (avril 2004) et 3 établissements privés avec permis du Ministère. Ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (2 privés conventionnés et 1 privé non conventionné).

MRC/Région	Établissements PUBLICS (10) (Localité)	Missions				
Kamouraska	Réseau Santé Kamouraska (St-Pascal)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Rivière-du-Loup	Centre de santé et de services sociaux de la région de Rivière-du-Loup (Rivière-du-Loup)	CLSC	CHSGS	CHSLD	CRPAT	
Témiscouata	Réseau de santé du Témiscouata (Notre-Dame-du-Lac)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Les Basques	Réseau de santé et de services sociaux des Basques (Trois-Pistoles)	CLSC		CHSLD		
Rimouski-Neigette	Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski (Rimouski)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
La Mitis	Centre mitissien de santé et de services communautaires (Mont-Joli)	CLSC		CHSLD	CRDP	
La Matapédia	Réseau de santé de La Matapédia (Amqui)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Matane	Réseau de santé et de services sociaux de Matane (Matane)	CLSC	CHSGS	CHSLD		
Région du Bas-Saint-Laurent	Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (Rimouski)				CRJDA	CPEJ
	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent (Rimouski)				CRPDI	

MRC	Établissements PRIVÉS avec permis (3) (Localité)	Missions			
Rivière-du-Loup	Foyer Saint-Cyprien (1993) inc. (St-Cyprien)		CHSLD conventionné		
Rimouski-Neigette	Foyer Sainte-Bernadette inc. (Rimouski)		CHSLD conventionné		
	Manoir de Caroline inc. (Rimouski)		CHSLD non conventionné		

Voici, en bref, quelques autres caractéristiques du réseau régional :

- Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial viennent compléter et soutenir les services offerts par les établissements (2001-2002) :

  - 162 familles d'accueil pour les enfants;
  - 205 ressources de type familial en santé mentale, en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les personnes en perte d'autonomie ;
  - 57 ressources intermédiaires : 45 pour les personnes âgées en perte d'autonomie, 10 en santé mentale, 1 en déficience physique, 1 en déficience intellectuelle.

- Trois groupes de médecine de famille sont implantés dans la région soit dans les MRC de Rivière-du-Loup, Les Basques et de La Matapédia.

- Les entreprises ambulancières desservant la population sont au nombre de douze (2001-2002); actuellement, six municipalités ont un service de premiers répondants accrédité. Par ailleurs, les services pré-hospitaliers d'urgence comptent 160 techniciens ambulanciers et 79 premiers répondants.

- 135 organismes communautaires subventionnés offrant une variété de services et d'activités dans les services suivants : promotion et services à la communauté, services aux femmes et aux conjoints violents, services à jeunesse et services de maintien à domicile.

- La population de la région du Bas-Saint-Laurent est desservie par 380 médecins dont 215 médecins omnipraticiens et 165 médecins spécialistes.

- Les établissements du Bas-Saint-Laurent comptent 37 pharmaciens, soit 28,3 postes équivalant temps complet (31 mars 2002). Par ailleurs, les pharmaciens communautaires en milieu privé sont répartis dans 57 pharmacies (2001).

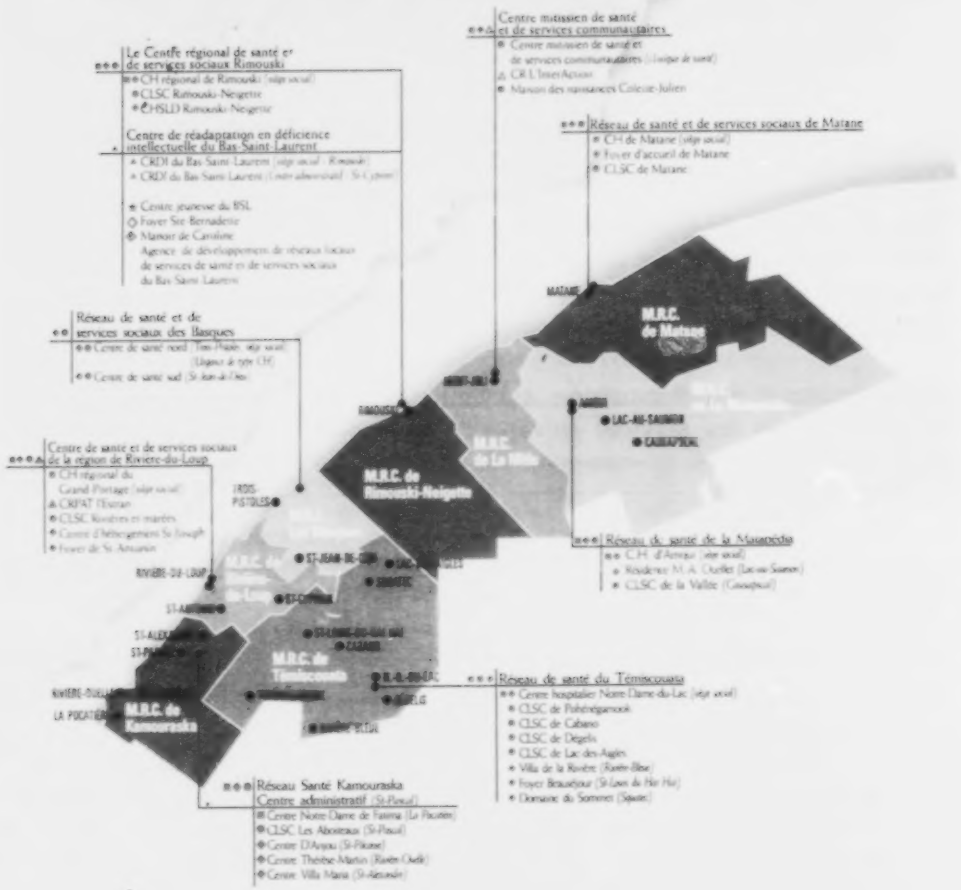
- La région du Bas-Saint-Laurent compte 21 dentistes avec des privilèges en milieu hospitalier dont 11 membres actifs et 10 membres associés (décembre 2002). Dans le secteur privé, on dénombre 57 dentistes généralistes et 7 dentistes spécialistes dont 2 sont à temps partiel (novembre 2002).

- Le réseau de la santé et des services sociaux emploie 5 481 postes équivalant temps complet (2001-2002), dont 279 cadres équivalent temps complet et 5 202 syndiqués et non syndiqués équivalent temps complet. Ces personnes travaillent soit dans le domaine des soins infirmiers, dans diverses sphères professionnelles et techniques ou dans les secteurs administratifs et de soutien.

Selon les données de la Direction régionale Bas-Saint-Laurent du ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, la main-d'œuvre du secteur d'activité économique des soins de santé et assistance sociale, représente pas moins de 10 % de la main-d'œuvre du Bas-Saint-Laurent.

Réseau des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Missions des établissements et leurs principales installations



LEXIQUE ET LÉGENDE

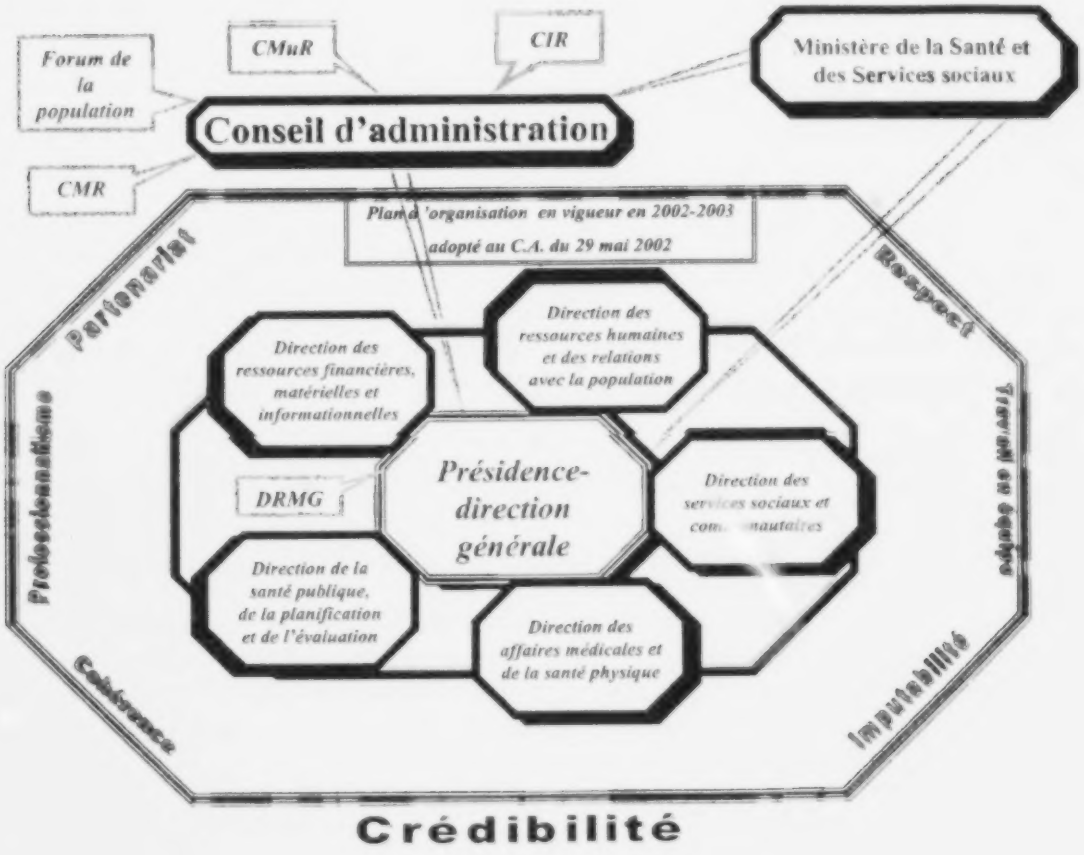
- **CHSGS** : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
- **CLSC** : Centre local de services communautaires
- **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (pour convalescence)
- **CHSLD** : Centre d'hébergement et de soins de longue durée (pour auto-financé)
- **CRPDI** : Centre de réadaptation pour personne déficience intellectuelle
- **CRDP** : Centre de réadaptation - déficience physique
- **CRPAT** : Centre de réadaptation pour personne alcoolique et toxicomane
- **CPEJ** : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
- **CRJDA** : Centre de réadaptation - jeunes en difficulté d'adaptation

Avril 2004

1.3 Le plan d'organisation, le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration et les effectifs de l'Agence

Le plan d'organisation

L'actuel plan d'organisation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent comprend la présidente-directrice générale, cinq directions et cinq instances consultatives soit le Département régional de médecine générale rattaché à la présidence-direction générale et quatre autres instances rattachées au conseil d'administration de l'Agence, soit : le Forum de la population, la Commission médicale régionale, la Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale.



Ce plan d'organisation sera modifié au cours des prochains mois afin de l'adapter avec la mise en place des réseaux locaux de services et la réalisation de projets cliniques orientés vers l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent.

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale du Bas Saint-Laurent le 20 novembre 2002. Ce document tient compte des exigences de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics. Pour l'année 2003-2004, aucun manquement au code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration n'a été signalé.

Les effectifs de l'Agence

Note 1 :	Exercice en cours 2003-2004	Exercice antérieur 2002-2003
Effectifs de l'Agence :		
Les cadres : (en date du 31 mars 2004)		
▪ Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8	8
▪ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0	0
▪ Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Les employés réguliers : (en date du 31 mars 2004)		
▪ Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	62	74
▪ Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0	0
▪ Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	1
Les occasionnels :		
▪ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	16 549	16 769
▪ Équivalents temps complet [b]	9,06	9,18

(a) *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :*

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

(b) *L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :*
Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

1.4 Le Forum de la population

Le Forum de la population a pour mandat d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être afin de formuler des avis et recommandations au conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Au cours de l'année 2003-2004, le Forum de la population a été sollicité par le conseil d'administration de l'Agence afin de lui donner des avis et il a été consulté sur deux dossiers majeurs touchant la dispensation des soins de santé et de services sociaux sur le territoire du Bas-Saint-Laurent.

En premier lieu, le Forum fut consulté sur le modèle d'organisation de services proposés par l'Agence, tel que prescrit par la Loi 25. Ce modèle repose sur la création de huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont les limites correspondent à celles des municipalités régionales de comté (MRC). À cet égard, le Forum a donné son plein accord à cette proposition déposée au ministre de la Santé et des Services sociaux, en février 2004.

Dans un deuxième temps, le Forum a été convié à formuler un avis sur le cadre de référence portant sur l'élaboration des projets cliniques vers l'amélioration de l'état de santé de la population. Pour ce faire, les membres du Forum ont été invités à participer à une tournée de consultation menée par l'Agence et portant sur ce cadre de référence. Suite à cette tournée, les membres du Forum seront en mesure de formuler leurs avis au conseil d'administration de l'Agence en juin 2004.

En plus de ces travaux, le Forum a tenu une réunion régulière et a pris part à une rencontre conjointe avec le conseil d'administration de l'Agence.

1.5 Le Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) a pour mandat de faire des recommandations à la présidente-directrice générale de l'Agence sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique, de formuler des propositions et de donner son avis sur la planification et la dispensation des services médicaux généraux.

Au cours de l'exercice financier 2003-2004, le Département régional de médecine générale a traité les dossiers suivants :

- Procédures pour l'expertise médicale à solliciter et à organiser face à l'hébergement temporaire;
- Élargissement des milieux de stages pour les étudiants et étudiantes en médecine de l'Université Laval;
- Reconduction du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) transitoire en omnipratique pour l'année 2003 jusqu'au 31 décembre 2004;

- Consolidation d'une cible de 80 % des besoins par territoire de MRC comme objectif minimal pour les effectifs médicaux en omniraptique à travers l'annonce d'un ajout de 18 médecins de famille par le ministre en 2004;

- Parrainage d'un projet de solidarité régionale dans la réorganisation de services médicaux d'urgence dans le Bas-Saint-Laurent à l'initiative du Centre hospitalier régional de Rimouski pour le bénéfice des centres hospitaliers de la région;

- Renouvellement du mandat des membres du comité de direction du DRMG selon le règlement prévu à cet effet avec l'entrée en fonction de quatre nouveaux membres cooptés en octobre 2003 et la reconduction du docteur Guy Rossignol comme chef du DRMG jusqu'en octobre 2006;

- Participation à une table de concertation avec cinq autres régions éloignées et recommandations visant une meilleure répartition des effectifs médicaux en omnipratique adressée à l'attention de la présidente-directrice générale de l'Agence;

- Accord du DRMG pour l'adhésion des centres hospitaliers situés à Amqui, Matane et La Pocatière à la lettre d'entente no 132 pour la continuité des services d'urgence;

- Appui à un réseau de services gériatriques intégrés pour la MRC de Rimouski-Neigette comme solution au problème d'accessibilité de la clientèle visée (octobre 2003);

- Encadrement de la démarche d'accréditation de trois (3) nouveaux groupes de médecine de famille (GMF) : Rivière-du-Loup, La Matapédia et Rimouski;

- Promotion d'une étude sur les facteurs de rétention des médecins dans le Bas-Saint-Laurent avec les leaders « médicaux » du milieu (Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent, Centre hospitalier régional de Rimouski, Centre hospitalier de Rivière-du-Loup) en lien avec l'Université Laval (juin – septembre 2003);

- Avis sur le cadre régional de gestion des mesures incitatives 2003-2004 pour le rendre opérant, notamment dans l'attribution de primes d'installation selon l'indice d'équité intrarégional;

- Désignation de quatre lieux pour les médecins boursiers en 2004 : Centres hospitaliers de Notre-Dame-du-Lac, d'Amqui, de Notre-Dame-de-Fatima et de Rivière-du-Loup en septembre 2003;

- Report de l'assemblée générale prévue à l'automne 2003 sous la forme d'une tournée régionale au niveau de chacune des MRC en février et mars 2004, en présence de la présidente-directrice générale de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, qui a rejoint plus de 50 % des membres du DRMG;

- Participation au projet de configuration régionale des services médico-hospitaliers pour le Bas-Saint-Laurent;

- Bilan des activités médicales particulières (AMP) par territoire de MRC et gestion des différentes cohortes établies par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) selon les profils de pratique 2002-2003 selon la dernière entente rétroactive au 1er septembre 2003;

- Parution d'un numéro de l'INFO DRMG en décembre 2003;

- Bilan des services médicaux en omnipratique dans la MRC de Rivière-du-Loup à la lumière de la fragilisation du service d'urgence à répondre aux besoins (décembre 2003);

- Participation au comité consultatif pour la priorisation des équipements médico-spécialisés;

- Mise en place d'un processus pour l'émission des avis de conformité selon la dernière entente effective depuis le 1er janvier 2004, avec la diffusion de l' « ABC de l'avis de conformité » et une grille de suivi des différentes étapes;

- Appui au modèle d'organisation adopté par le GMF de La Matapédia pour la collaboration « infirmière-médecin » en heures défavorables (mars 2004).

1.6 La Commission médicale régionale

La Commission médicale régionale (CMR) a pour mandat de fournir des avis au conseil d'administration de l'Agence dans les dossiers relevant de sa compétence.

Les dossiers abordées en cours d'année étaient essentiellement les suivants :

- Proposition de modification des règlements de la Commission pour les harmoniser avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, soit le règlement de régie interne et le règlement portant sur la désignation des membres ;

- Équipements médicaux spécialisés : présentation d'un avis au conseil d'administration concernant un ordre de priorité pour l'acquisition d'équipements médicaux spécialisés ;

- Adoption du Cadre de gestion 2003-2004 sur les mesures incitatives non négociées permettant la promotion du recrutement des médecins dans la région du Bas-Saint-Laurent ;

- Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) :

  - PREM en omnipratique : Avis favorable concernant le Plan des effectifs médicaux en omnipratique élaboré par le Département régional de médecine générale (DRMG) ;
  - PREM en spécialités : Travaux préparatoires à l'adoption du Plan d'effectifs médicaux des médecins spécialistes pour l'année 2004 (adoption en avril 2004).

- Révision de la configuration des services médico-hospitaliers : dépôt des travaux en cours et discussions des orientations.

De plus, en cours d'année, les membres ont été tenus informés du cheminement des travaux concernant l'implantation de la Loi 25, le développement des réseaux locaux de services, le développement des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et les résultats préliminaires de l'Étude sur les facteurs d'installation et de rétention des médecins dans le Bas-Saint-Laurent.

1.7 La Commission infirmière régionale et la Commission multidisciplinaire régionale

La Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale (CIR) est responsable envers le conseil d'administration de donner son avis sur ce qui se rapporte aux soins infirmiers. Elle peut de plus, émettre des avis sur ce qui a trait à l'accessibilité et à la coordination des services impliquant les soins infirmiers, de même que sur les approches novatrices de soins et les incidences sur la santé de la population.

Au cours de l'exercice 2003-2004, la CIR a tenu trois réunions régulières. Les dossiers traités furent diversifiés. De ce nombre, notons celui relatif à la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers où un avis fut émis sur le document produit en regard des outils de répartition selon les titres ou groupes d'emploi. La Commission infirmière a été consultée sur la création des huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. De plus, la Commission a traité des dossiers portant sur le Plan d'action régional sur les mesures de contentions, et sur la gouverne en soins infirmiers. Sur invitation de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent/Îles-de-la-Madeleine, la CIR a tenu une séance d'affichage portant sur ses réalisations lors de l'assemblée générale annuelle de l'Ordre en juin 2003. En collaboration avec les autres CIR du Québec, elle a participé à un sondage ayant trait à l'avenir des CIR. Un processus de désignation a aussi été réalisé en février 2004 afin de combler la vacance des postes des membres démissionnaires.

Cette instance dynamique se veut être une voie privilégiée par laquelle la perspective infirmière est portée au sein des changements organisationnels majeurs que vit le réseau. Elle contribue donc, de par son implication et ses mandats, au développement des soins infirmiers au cœur d'un réseau en mouvance.

La Commission multidisciplinaire régionale

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a également pour mandat de fournir des avis au conseil d'administration de l'Agence dans son champ de compétences respectif. Cette commission a tenu en cours d'année, un processus de désignation afin de combler la vacance de postes de membres démissionnaires. Par ailleurs, la Commission a été consultée sur la création des huit réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et la mise en place des projets cliniques ainsi que sur la Politique ministérielle sur les mesures de contrôle. La Commission s'est également préoccupée de l'organisation des services en déficience physique et en santé mentale.

2.1 La création de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Le 18 décembre 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a été sanctionnée par l'Assemblée nationale du Québec. Cette loi vise à rapprocher de la population les services de santé et les services sociaux et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. Ainsi, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent est entrée en fonction le 30 janvier 2004, succédant ainsi à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Cette nouvelle instance poursuivra les mêmes mandats que ceux de la Régie régionale mais elle se voit attribuer également le mandat de mettre en place sur son territoire des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

2.2 Le modèle d'organisation des services en vue de la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

La mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans le Bas-Saint-Laurent va permettre d'assurer à la population locale, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de 1ère ligne, notamment l'accès à des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic, de traitement, de réadaptation et de soutien. Ces mêmes réseaux garantiront également à la population de leur territoire respectif, par le biais d'ententes ou d'autres modalités, l'accès à des services spécialisés disponibles sur le territoire de l'Agence ainsi que l'accès à l'extérieur du territoire à des services surspécialisés par la mise en place de mécanismes de référence.

Le réseau local comprendra une instance locale représentée par un établissement de santé et de services sociaux remplissant généralement les missions de centre hospitalier, de centre local de services communautaires et de centre d'hébergement et de soins de longue durée. De plus, ce réseau local comprendra les autres ressources suivantes : cliniques médicales, groupes de médecine de famille, cabinets dentaires, pharmacies communautaires, entreprises d'économie sociale, organismes communautaires, ressources privées et partenaires de secteurs autres que celui de la santé et des services sociaux.

À la suite de consultations effectuées depuis l'automne 2003 auprès des établissements de santé et de services sociaux et de divers organismes du milieu, le modèle d'organisation territoriale des réseaux de services a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence, le 26 février 2004. Selon ce modèle d'organisation, huit réseaux locaux seront mis sur pied dans la région et les territoires de desserte de ces réseaux correspondront à ceux des municipalités régionales de comté (MRC). Ce modèle d'organisation de services s'inscrit dans la démarche entreprise par les établissements depuis plusieurs années en vue de créer des réseaux locaux de services. Dans cette perspective, les établissements suivants ont été fusionnés :

- Le Centre hospitalier d'Amqui et le CLSC de la Vallée sont maintenant fusionnés et désignés sous le nom : Réseau de santé de La Matapédia.

- Le Centre hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée de Matane et le CLSC de Matane sont maintenant fusionnés et désignés sous le nom : Réseau de santé et de services sociaux de Matane.

- Les Services d'Adaptation Osmose et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle KRTB sont maintenant fusionnés et désignés sous le nom : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent.

Par ailleurs, soulignons que deux dernières fusions d'établissements ont été réalisées en avril 2004. Ainsi, le Centre hospitalier de Rivière-du-Loup et le CLSC Rivières et Marées ont été fusionnés et désignés sous le nom : Centre de santé et de services sociaux de la région de Rivière-du-Loup.

Également, le Centre hospitalier régional de Rimouski et le CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette ont été fusionnés et désignés sous le nom : Le Centre régional de santé et de services sociaux Rimouski.

2.3 Quelques faits marquants de l'année :

L'ensemble des décisions qui ont été prises par le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent, au cours de l'année 2003-2004, s'inscrivent dans la volonté d'assurer à la population du Bas-Saint-Laurent, l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à leurs besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes et les professionnels qui les dispensent. Les dossiers suivants illustrent certains des faits marquants de cette année.

2.3.1 Le plan stratégique régional 2003-2006

Le plan stratégique régional 2003-2006 définit les objectifs et les cibles d'action que l'Agence entend atteindre au cours des trois prochaines années. Ce plan stratégique régional vise à assurer un meilleur accès aux services en révisant les façons de gérer le réseau pour le rendre plus performant.

2.3.2 Projet de vision régionale sur l'intégration des systèmes d'information aux réseaux intégrés de services

Le Projet de vision régionale sur l'intégration des systèmes d'information aux réseaux intégrés de services a été élaboré dans la perspective de la mise en place des réseaux locaux de services. Ainsi, ce projet d'intégration des systèmes d'information en réseau intégré de services permettra le partage des données cliniques pour assurer la prise en charge globale du patient. Ce projet s'inscrit dans la mise en place du Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux actuellement en élaboration au ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.3.3 Mise en place de Groupes de médecine de famille

La mise en place des groupes de médecine de famille dans la région s'est poursuivie avec l'accréditation du Groupe de médecine de famille Lafontaine situé à Rivière-du-Loup et du Groupe de médecine de famille de La Matapédia situé à Amqui. On dénombre maintenant dans la région trois groupes de médecine de famille depuis la mise en place, en décembre 2002, du Groupe de médecine de famille des Basques. Par ailleurs, une convention a été signée entre l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent et le Groupe de médecine de famille de Rimouski. Ce projet a été soumis au Ministère pour approbation. Des travaux sont en cours en vue de la transmission des données des patient par voie informatique.

2.3.4 Plan d'action régional de santé publique 2004-2007

Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 a été adopté. La production de ce plan d'action s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique qui a été adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux en novembre dernier. Les établissements de santé et de services sociaux seront appelés par la suite à élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration de ces plans devra être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés. Le Plan d'action régional de santé publique de l'Agence propose plusieurs défis concernant, entre autres, les services préventifs de développement, d'adaptation et d'intégration sociale chez les enfants et les adolescents, les services de dépistage systématique de certaines maladies chroniques, les activités de prévention des blessures chez les enfants et les adolescents et des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Ce plan d'action régional traite également des différents domaines d'intervention et de protection en lien avec les maladies infectieuses, des domaines d'intervention qui concernent la santé environnementale ainsi que des activités de surveillance de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent. Le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 permettra donc aux différentes instances concernées de réviser ensemble les activités offertes en santé publique afin de recentrer les actions en fonction des nouvelles cibles prioritaires et des particularités du milieu.

2.3.5 Protocole régional de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées

Ce protocole définit les modalités de gestion dans le traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées du Bas-Saint-Laurent. En plus de préciser les rôles et responsabilités du réseau de santé et de services sociaux et de diverses autres instances, ce document permet également d'assurer un traitement uniforme ainsi qu'un suivi adéquat pour chaque demande reçue dans le but d'assurer la protection et le respect des droits des personnes âgées qui sont hébergées dans des ressources résidentielles privées non titulaires d'un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.3.6 Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique 2004

Le Plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique (PREM) de l'année 2003 a été reconduit pour l'année 2004 en ce qui concerne la détermination des besoins. Ce plan régional a été adopté en avril 2004. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont convenu d'établir annuellement les objectifs de croissance, et ce, pour les prochaines années. Conformément aux recommandations du Département régional de médecine générale, le plan régional d'effectifs médicaux en omnipratique reconnaît les besoins de médecins établis à 250,5 (équivalent temps plein) pour le Bas-Saint-Laurent. La cible de croissance autorisée par le Ministère pour l'année 2004 est fixée à 18 omnipraticiens. Un certain nombre de principes ont été retenus pour effectuer la répartition de cette cible, soit entre autres, de cibler prioritairement un objectif de croissance pour l'ensemble des municipalités régionales de comté (MRC) qui leur permettra d'atteindre un indice d'équité intra-régionale de 0,8 % (ou 80 % de l'atteinte des besoins) pour l'année 2004.

Pour soutenir l'actualisation des PREM à l'échelle provinciale, une entente particulière relative au respect des PREM a été paraphée par le MSSS et la FMOQ.

2.3.7 Plan régional d'effectifs médicaux en spécialités 2004

Le Plan régional d'effectifs médicaux spécialisés 2004 a été adopté en avril 2004. Dans le cadre de l'élaboration de ce plan régional, une analyse des besoins exprimés par les établissements totalisant 229 médecins a d'abord été réalisée afin de permettre par la suite de déterminer le nombre de médecins spécialistes requis par les établissements, en tenant compte des orientations relatives à l'organisation des services médicaux préconisée en regard de la planification stratégique 2003-2006 et de la mise en place des réseaux locaux de services. En considération des objectifs de croissance autorisés par le Ministère et fixés à 41 médecins spécialistes pour l'année 2004, le plan régional prévoit donc un objectif de 206 médecins spécialistes pour la région du Bas-Saint-Laurent. À l'instar du PREM en omnipratique, les objectifs de croissance seront établis annuellement.

2.3.8 Autres faits marquants de l'année

Parmi les autres faits marquants de l'année, signalons entre autre les dossiers suivants :

- La mise en marche des suivis de gestion et de l'organisation de la cueillette d'information de même que l'harmonisation des données d'un système d'information pour les CLSC ;

- Les visites des centres d'hébergement et de soins de longue durée en regard de l'appréciation de la qualité et du milieu de vie ;

  L'adoption d'un plan de main-d'œuvre régional en soins infirmiers et autres catégories d'emploi et d'un plan de coordination de stages ;

- Le projet d'élaboration et la mise en place de plans de relève des cadres et de plans de développement des compétences ;
- Le support à l'élaboration et à la réalisation des projets d'immobilisation ainsi que des demandes d'équipement;
- Le suivi de gestion en regard des plans de retour à l'équilibre budgétaire des établissements ;
- Le support à l'augmentation de la présence au travail dans le cadre des activités de promotion et de prévention de la santé des travailleurs ;
- La réalisation d'activités de promotion et de prévention en santé publique ;
- L'actualisation de plusieurs politiques ministérielles en matière d'organisation de services tels que l'approche milieu de vie en Centre d'hébergement et de soins de longue durée et la désignation des centres désignés pour les victimes d'agression à caractère sexuel.

Soulignons enfin que les dossiers suivants ont été amorcés :

- Le cadre de référence pour l'élaboration des projets cliniques en regard de la mise en place des réseaux locaux de services. Dans la perspective d'harmoniser les projets cliniques qui seront développés par les instances locales, le cadre de référence vient préciser les balises devant guider l'élaboration des projets cliniques locaux, les conditions de la mise en place ainsi que les modes d'implantation et de suivi de ces projets cliniques. Ces projets cliniques concerneront, dans un premier temps, les clientèles suivantes : les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que les jeunes ayant des problèmes d'adaptation sociale et leurs familles.
- La démarche mise de l'avant afin d'implanter le dossier patient partageable informatisé, offrira la possibilité aux médecins, dentistes, pharmaciens et autres professionnels de la santé et des services sociaux de pouvoir partager en temps réel, des informations sur leur clientèle, favorisant ainsi le continuum de soins tout en assurant la confidentialité des informations transmises. La réalisation de ce projet viendra supporter la mise en place des réseaux locaux de services dans chacune des huit municipalités régionales de comté du Bas-Saint-Laurent.
- La réalisation du Plan d'action 2004-2005 du Programme régional de lutte contre le cancer. Ce plan d'action prévoit la mise en place d'une équipe interdisciplinaire locale en oncologie dans chacun des réseaux locaux de services de chaque territoire de municipalité régionale de comté (MRC), dont au moins le tiers sera implanté au cours de la première année. Chaque équipe interdisciplinaire sera composée d'un chef d'équipe mandaté, d'une infirmière pivot et d'un intervenant psychosocial. De plus, des liens seront formellement établis avec les intervenants en soins palliatifs. Également, d'ici cette même période, une ou deux équipes interdisciplinaires seront désignées pour la région. Elles auront la possibilité d'offrir, en complémentarité, un accès à des services spécialisés en oncologie non disponibles au sein des autres équipes locales.

2.4 Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2003-2004 selon les axes d'intervention

Le bilan annuel de gestion 2003-2004 constitue le premier exercice de reddition de comptes axée sur les services de santé et les services sociaux rendus à la population prévu par la Loi sur l'administration publique. Ce bilan reflète, au-delà de l'information sur les services, les conditions mêmes de sa réalisation.

D'une part, le suivi de gestion a débuté en cours d'année financière, à l'automne 2003. D'autre part, l'implantation du suivi de gestion, réalisée de manière progressive, a exigé des ajustements continus de la part des établissements et de l'Agence, notamment, en ce qui concerne la définition et la précision des indicateurs, la saisie des données, leur imputation par centres d'activités et leur extraction des systèmes d'information ou la mise en place de modes de collecte pour les données des listes d'attente et, enfin, les modalités de transmission de l'information à l'Agence ou au Ministère. De plus, l'instauration de ce nouveau suivi de gestion a nécessité de la part des intervenants du réseau, l'adaptation à de nouvelles façons de saisir et d'analyser les données de clientèle, ce qui a entraîné une certaine résistance de la part de certains d'entre eux au regard des résultats attendus.

La modification la plus importante associée à cet exercice est sans aucun doute le passage d'une reddition de comptes axée exclusivement sur le suivi des données financières à une reddition de comptes incluant le suivi des services rendus à la population. Ces changements dans la reddition de comptes nécessiteront, au cours de l'année financière 2004-2005, des ajustements au sein des équipes administratives des établissements et de l'Agence afin d'équilibrer les énergies déployées pour assurer à la fois le suivi des services et le suivi financier.

L'information contenue dans ce bilan provient de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent. Les directeurs et le personnel de ces établissements ont été étroitement associés à cette reddition de comptes en procédant à la transmission périodique des données, en validant l'information et en participant à l'analyse des résultats en fonction du contexte et des conditions liées à l'offre de service. Nous tenons à leur souligner notre reconnaissance à l'égard des efforts fournis qui ont permis d'implanter le processus de suivi de gestion des services et de produire un premier bilan annuel.

Le présent bilan de suivi de gestion fait état des résultats attendus et des réalisations pour chacun des axes d'intervention suivants :

- Urgence;
- Radio-oncologie;
- Cataracte;
- Genou;
- Hanches;
- Chirurgie d'un jour;
- Chirurgie avec hospitalisation;
- Troubles envahissants de développement;
- Enfants dysphasiques;
- Jeunes en difficulté;
- Femmes victimes de violence;
- Santé mentale;
- Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées.

2.4.1 Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2003-2004 de l'Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables dans la mesure où l'information sur les services et la clientèle a été saisie et imputée correctement dans les systèmes d'information.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2003-2004.

La présidente-directrice générale,

Lise Verreault

2.4.2 Axe d'intervention :	Urgence

Résultats attendus :	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières
	Réduire le séjour moyen sur civière des personnes admises

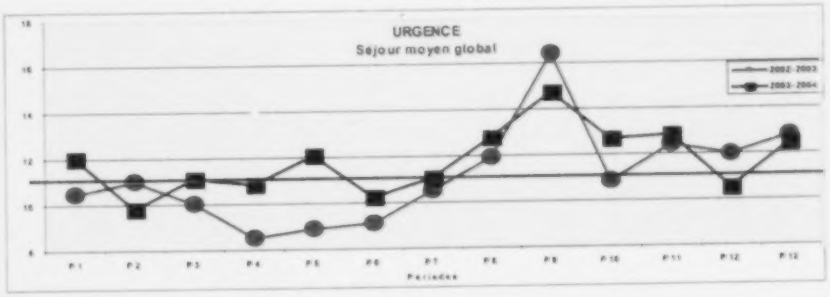
Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Durée moyenne de séjour en heure	10,0	11,8
Pourcentage de plus de 48 heures	3,0 %	3,9 %
Séjour moyen sur civière dans les unités d'urgence en heure (personnes admises)	12,06	14,60

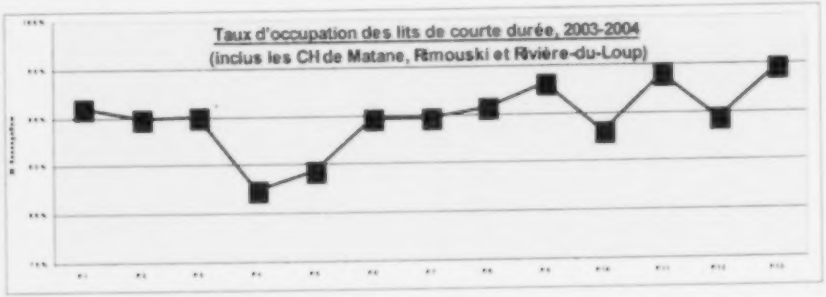
Commentaires

Les cibles fixées pour le séjour moyen sur civière toute clientèle et pour les personnes admises ainsi que la proportion de séjour de plus de 48 heures n'ont pas été atteintes. Comparativement à 2002-2003, les résultats obtenus en 2003-2004 sont une augmentation moyenne de la durée de séjour sur civière de même qu'une augmentation de la proportion de séjour de plus de 48 heures alors que les cibles fixées visaient une diminution. La durée moyenne de séjour toute clientèle se situe cependant dans la norme ministérielle qui est de 12 heures.

L'écart le plus important observé entre les cibles visées et les résultats obtenus est l'augmentation de la durée moyenne de séjour sur civière pour les personnes admises, c'est-à-dire requérant une hospitalisation.

Les durées moyennes de séjour sur civière à l'urgence fluctuent d'une période à l'autre et sont sensiblement constantes au cours des années. Les périodes où la durée de séjour sont les plus élevées correspondent généralement aux périodes où les taux d'occupation des lits sont également les plus élevés, expliquant ainsi les résultats obtenus pour la clientèle requérant une hospitalisation.





Ce portrait de l'état de situation des urgences de la région 01 est partiel. En 2003-2004, 3 des 9 urgences étaient monitorées. L'informatisation de toutes les urgences, qui sera complétée au cours de l'année financière 2004-2005, permettra d'obtenir un portrait reflétant la situation des services d'urgence de la région.

2.4.3 Axe d'intervention :	Radio-oncologie

Résultats attendus :	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de cas traités

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	0	108
3 mois – total hors délais	0	43
Nombre de cas traités	754	807

Commentaires

La cible de production a été atteinte et même dépassée par le traitement de 53 personnes de plus que visées. Cependant, l'augmentation du nombre de patients traités n'a pas permis de réduire le nombre total de personnes sur les listes d'attente mais a permis de réduire, comparativement à 2002-2003, le nombre de personnes en attente hors délais qui était alors de 48 personnes.

L'augmentation du volume de production en radio-oncologie et la baisse de la liste d'attente hors délais ont été rendues possibles par un allongement des périodes horaires de traitement en soirée, et ce, malgré une pénurie de technologues.

Pour atteindre les cibles fixées, la région aurait dû pouvoir compter sur la disponibilité d'au moins 14 technologues en tout temps, ce qui ne s'est jamais produit au cours de l'année.

Le retour de deux technologues en congé de maternité et une gestion plus serrée de la liste d'attente et du transfert des patients, lorsque applicables, devraient permettre de réduire de façon significative le nombre de patients hors délais en 2004-2005.

2.4.4 Axe d'intervention :	Cataracte

Résultats attendus :	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	222	269
6 mois – total hors délais	14	15
Nombre de chirurgies	1 596	1 698

Commentaires

Les cibles fixées visaient à maintenir, en 2003-2004, le volume de production et le nombre de personnes en attente au même niveau qu'en 2002-2003. Comparativement à 2002-2003, le volume de production a augmenté de 102 personnes traitées en 2003-2004 alors que la liste d'attente a augmenté, tout en maintenant stable le nombre de personnes en attente hors délais.

Le nombre de personnes en attente hors délais est, en effet, demeuré stable même si le nombre total de personnes en attente a augmenté.

L'augmentation du nombre de personnes traitées, jumelée à une augmentation des personnes en attente, reflète une augmentation globale de la demande dont il faudra tenir compte au cours des prochaines années. Cette augmentation de la demande s'explique principalement par le profil démographique de la population régionale qui se caractérise par une proportion supérieure de personnes de 75 ans et plus comparativement au Québec.

2.4.5 Axe d'intervention :	Genou

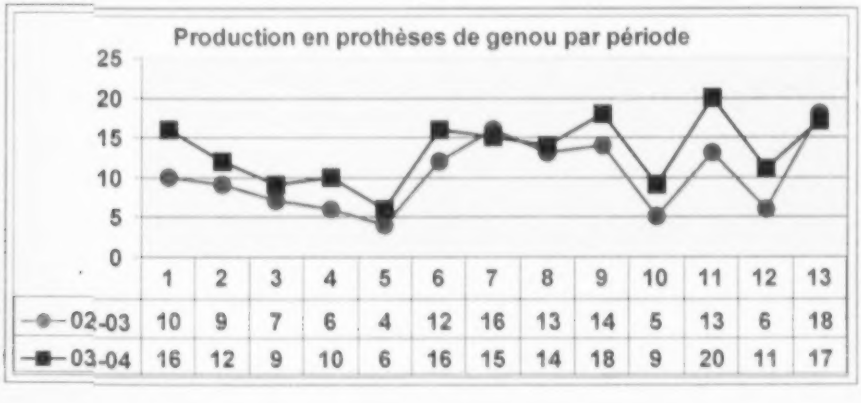
Résultats attendus :	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	19	134
3 mois – total hors délais	0	75
Nombre de chirurgies	254	173

Commentaires

Les trois cibles visées n'ont pas été atteintes, soit une réduction du nombre de personnes en attente, dont aucun cas hors délais, et une augmentation de 120 chirurgies du genou de plus qu'en 2002-2003. Comparativement à 2002-2003, le nombre de chirurgies du genou réalisées a augmenté de 39 cas, passant de 134 chirurgies en 2002-2003 à 173 en 2003-2004. Cependant, l'augmentation du nombre de patients traités a été insuffisant pour atteindre la cible de 254 chirurgies. Pour atteindre cette cible, 81 chirurgies du genou de plus auraient dû être réalisées au cours de l'année. Même si le volume de chirurgies a été moindre que prévu, le nombre de personnes en attente hors délais a diminué de 25 %, il était de 75 personnes à la fin de l'année 2003-2004 comparativement à 101 à la fin de l'année 2002-2003.

L'augmentation moindre que prévue du nombre de chirurgies s'explique par une pénurie d'anesthésistes et de chirurgiens orthopédistes tout au long de l'année et de façon plus marquée au cours de certaines périodes de l'année.



Deux des trois centres hospitaliers de la région ayant un programme opératoire de chirurgie du genou ont dû, de plus, annuler à la fin de l'année des chirurgies électives en raison de problèmes de stérilisation.

Le recrutement présentement en cours d'anesthésistes et d'orthopédistes devrait permettre d'augmenter le nombre de chirurgies du genou et une réduction significative du nombre de personnes hors délais sur la liste d'attente.

2.4.6 Axe d'intervention :	Hanches

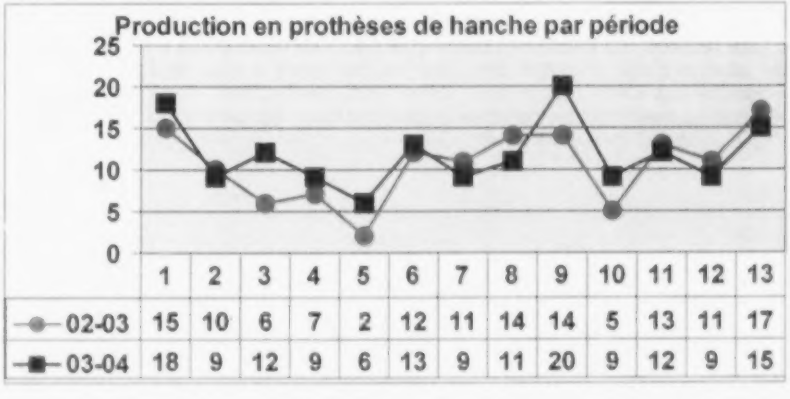
Résultats attendus :	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	*Cibles 2003-2004*	*Résultats 2003-2004*
Total en attente	0	72
3 mois – total hors délais	0	31
Nombre de chirurgies	184	152

Commentaires

Les trois cibles visées n'ont pas été atteintes, soit une réduction du nombre de personnes en attente, dont aucun cas hors délais, et une augmentation de 42 chirurgies de la hanche de plus qu'en 2002-2003. Comparativement à l'année précédente, le nombre de chirurgies de la hanche réalisées a augmenté de 10 cas, passant de 142 chirurgies en 2002-2003 à 152 en 2003-2004. Cependant, l'augmentation du nombre de patients traités a été insuffisant pour atteindre la cible de 184 chirurgies. Pour atteindre cette cible, 32 chirurgies de la hanche de plus auraient dû être réalisées au cours de l'année. Le nombre de personnes en attente d'une chirurgie de la hanche et le nombre de personnes hors délais ont augmenté au cours de l'année 2003-2004, passant respectivement de 42 à 72 personnes en attente et de 23 à 31 personnes en attente hors délais.

L'augmentation moindre que prévue du nombre de chirurgies s'explique par une pénurie d'anesthésistes et de chirurgiens orthopédistes tout au long de l'année et de façon plus marquée au cours de certaines périodes de l'année.



Deux des trois centres hospitaliers de la région ayant un programme opératoire de chirurgie de la hanche ont dû, de plus, annuler à la fin de l'année des chirurgies électives en raison de problèmes de stérilisation.

Le recrutement présentement en cours d'anesthésistes et d'orthopédistes devrait permettre d'augmenter le nombre de chirurgies de la hanche et une réduction significative du nombre de personnes hors délais sur la liste d'attente.

2.4.7 Axe d'intervention :	Chirurgie d'un jour

Résultats attendus :	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	1 104	1 625
6 mois - total hors délais	79	371
Nombre de chirurgies	7 625	7 470

Commentaires

Les trois cibles visées n'ont pas été atteintes, soit une réduction du nombre de personnes en attente, notamment celles qui sont en attente hors délais, et une augmentation de 250 cas de chirurgie d'un jour. Comparativement à 2002-2003, le nombre de chirurgies d'un jour a augmenté de près de 100 cas, passant de 7 375 chirurgies en 2002-2003 à 7 470 en 2003-2004. Cependant, cette augmentation du nombre de patients traités en chirurgie d'un jour a été insuffisante pour atteindre la cible de 7 625 chirurgies. Pour atteindre cette cible, il aurait fallu réaliser 155 chirurgies d'un jour de plus au cours de l'année. Le nombre de personnes en attente d'une chirurgie d'un jour ainsi que le nombre de personnes hors délais ont augmenté au cours de l'année 2003-2004, passant respectivement de 1 354 à 1 625 personnes en attente et de 329 à 371 personnes en attente hors délais.

L'augmentation moindre que prévue du volume de production en chirurgie d'un jour s'explique, notamment, par les priorités chirurgicales avec hospitalisation pour les patients à l'urgence, l'arrivée de chirurgiens ayant une expertise pour des chirurgies complexes nécessitant une hospitalisation au détriment de cas plus légers réalisables en chirurgie d'un jour ainsi que le transfert en cliniques externes de certaines activités chirurgicales comptabilisées auparavant dans les chirurgies d'un jour (certaines chirurgies orthopédiques, I.V.G., cas d'endoscopie et biopsie du sein sous stéréotaxie). De plus, deux des six centres hospitaliers ont fonctionné exclusivement avec des chirurgiens dépanneurs.

Les données se rapportant aux listes d'attente, plus particulièrement pour les personnes hors délais, doivent être utilisées avec prudence. Une révision des personnes sur la liste d'attente depuis plus d'un an indique que trois personnes sur quatre ne sont plus en attente d'une chirurgie d'un jour ou ont remis à plus tard l'intervention. Les modifications qui seront apportées à la gestion des listes d'attente en 2004-2005, permettront d'une part d'obtenir des données plus fiables et, d'autre part, de gérer de manière plus optimale la liste d'attente des personnes hors délais.

2.4.8 Axe d'intervention :	Chirurgie avec hospitalisation

Résultats attendus :	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	950	1 058
6 mois – total hors délais	372	487
Nombre de chirurgies	4 747	5 752

Commentaires

L'augmentation du nombre de chirurgies avec hospitalisation a permis d'atteindre la cible fixée à 212 chirurgies. Comparativement à 2002-2003, 1 227 chirurgies de plus ont été réalisées, passant de 4 535 à 5 752. Malgré un nombre supérieur de chirurgies réalisées par rapport à la cible fixée, les cibles visant la réduction du nombre total de personnes en attente et hors délais n'ont pas été atteintes. Entre 2002-2003 et 2003-2004, le nombre de personnes en attente et hors délais est passé respectivement de 1 000 à 1 058 personnes en attente et de 422 à 487 personnes hors délais.

L'augmentation du volume de chirurgies avec hospitalisation s'explique par l'arrivée de chirurgiens ayant une expertise pour des chirurgies complexes nécessitant une hospitalisation.

Les données se rapportant aux listes d'attente, plus particulièrement pour les personnes hors délais, doivent être utilisées avec prudence. Une révision des personnes sur la liste d'attente depuis plus d'un an indique que trois personnes sur quatre ne sont plus en attente d'une chirurgie ou ont remis à plus tard l'intervention. Les modifications qui seront apportées à la gestion des listes d'attente en 2004-2005, permettront, d'une part d'obtenir des données plus fiables et, d'autre part, de gérer de manière plus optimale la liste d'attente des personnes hors délais.

2.4.9 Axe d'intervention :	Troubles envahissants de développement

Résultats attendus :	*Augmenter le nombre d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensive*
	Augmenter le nombre d'heures de services d'intervention comportementale intensive aux enfants de moins de six ans
	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services de soutien
	Augmenter les montants versés aux familles
	Augmenter le nombre d'adultes recevant des services spécialisés

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre total d'enfants différents ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	7	5
Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année	20	20
Nombre d'enfants différents recevant des services de soutien depuis le début de l'année	51	66
Montants versés aux familles	27 000 $	81 749 $
Nombre d'adultes différents recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	40	45

Commentaires

Services d'intervention comportementale intensive (ICI)

Au total, sept enfants de 0-5 ans ont reçu des services d'intervention comportementale intensive. Cependant, cinq enfants seulement ont bénéficié du programme ICI. Un enfant a reçu un diagnostic autre que « troubles envahissants de développement » et les parents d'un enfant ayant atteint ses six ans en cours d'intervention ont refusé l'intervention ICI proposée. Ces deux enfants ont bénéficié d'un autre type d'intervention.

La cible de sept n'a pas été atteinte dû au simple fait que seul six enfants 0-5 ans ont été dûment diagnostiqués comme présentant un TED et référés au cours de l'année. Actuellement, il n'y a aucun enfant en attente pour le programme ICI.

Le budget de développement n'ayant été confirmé qu'à la fin de l'été 2003, la dotation de postes ainsi que la formation du personnel ont été effectuées à l'automne. L'intervention proprement dite a débuté à la période 9, suite à l'évaluation et à la planification des plans d'intervention pour les premiers jeunes référés. Pour chacun des cinq jeunes ayant reçu les services ICI, ceux-ci ont été rendus sur la base de 20 heures/semaine.

VARIABLES	*Périodes*													*2003-2004*
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	
Heures/semaine	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Total enfants									2	3	3	5	5	5
Total hres/semaine	0	0	0	0	0	0	0	0	40	60	60	100	100	360
Total hres/période	0	0	0	0	0	0	0	0	160	240	240	400	400	1440

Services aux enfants de 6 – 21 ans

Les résultats qui dépassent la cible ne sont dus qu'au passage d'enfants de la tranche 0-5 ans à l'âge scolaire et à la précision de certains diagnostics. La cible retenue étant basée sur la connaissance d'enfants dûment diagnostiqués au 1er avril 2003.

Montants versés aux familles

La totalité du montant octroyé a été utilisée pour offrir des services de répit, de gardiennage et de dépannage.

Services aux adultes

Les résultats, qui se situent au-delà de la cible, s'expliquent par le mouvement de clientèle d'enfants vers les services adultes et l'arrivée de clientèle liée au processus de désinstitutionnalisation en région.

2.4.9 Axe d'intervention :	Troubles envahissants de développement

Résultats attendus :	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensive
	Augmenter le nombre d'heures de services d'intervention comportementale intensive aux enfants de moins de six ans
	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services de soutien
	Augmenter les montants versés aux familles
	Augmenter le nombre d'adultes recevant des services spécialisés

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre total d'enfants différents ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	7	5
Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année	20	20
Nombre d'enfants différents recevant des services de soutien depuis le début de l'année	51	66
Montants versés aux familles	27 000 $	81 749 $
Nombre d'adultes différents recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	40	45

Commentaires

Services d'intervention comportementale intensive (ICI)

Au total, sept enfants de 0-5 ans ont reçu des services d'intervention comportementale intensive. Cependant, cinq enfants seulement ont bénéficié du programme ICI. Un enfant a reçu un diagnostic autre que « troubles envahissants de développement » et les parents d'un enfant ayant atteint ses six ans en cours d'intervention ont refusé l'intervention ICI proposée. Ces deux enfants ont bénéficié d'un autre type d'intervention.

La cible de sept n'a pas été atteinte dû au simple fait que seul six enfants 0-5 ans ont été dûment diagnostiqués comme présentant un TED et référés au cours de l'année. Actuellement, il n'y a aucun enfant en attente pour le programme ICI.

Le budget de développement n'ayant été confirmé qu'à la fin de l'été 2003, la dotation de postes ainsi que la formation du personnel ont été effectuées à l'automne. L'intervention proprement dite a débuté à la période 9, suite à l'évaluation et à la planification des plans d'intervention pour les premiers jeunes référés. Pour chacun des cinq jeunes ayant reçu les services ICI, ceux-ci ont été rendus sur la base de 20 heures/semaine.

VARIABLES	*Périodes*													*2003-2004*
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	
Heures/semaine	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Total enfants									2	3	3	5	5	5
Total hres/semaine	0	0	0	0	0	0	0	0	40	60	60	100	100	360
Total hres/période	0	0	0	0	0	0	0	0	160	240	240	400	400	1440

Services aux enfants de 6 – 21 ans

Les résultats qui dépassent la cible ne sont dus qu'au passage d'enfants de la tranche 0-5 ans à l'âge scolaire et à la précision de certains diagnostics. La cible retenue étant basée sur la connaissance d'enfants dûment diagnostiqués au 1er avril 2003.

Montants versés aux familles

La totalité du montant octroyé a été utilisée pour offrir des services de répit, de gardiennage et de dépannage.

Services aux adultes

Les résultats, qui se situent au-delà de la cible, s'expliquent par le mouvement de clientèle d'enfants vers les services adultes et l'arrivée de clientèle liée au processus de désinstitutionnalisation en région.

2.4.10 Axe d'intervention :	Enfants dysphasiques

Résultats attendus :	Augmenter le nombre de jeunes ayant reçus des services
	Réduire le nombre de jeunes en attente de services

Indicateurs	Cibles 2003-2004	Résultats 2003-2004
Nombre de jeunes différents ayant reçu des services depuis le début de l'année	122	126
Nombre de jeunes en attente de services à la 13e période	0	37

Commentaires

L'allocation d'un budget de développement de 50 000$ en 2003-2004, annualisé à 83 333$, visait la desserte de 12 enfants de plus pour l'année et l'élimination de la liste d'attente.

L'objectif visant le nombre d'enfants desservis a été atteint puisque 16 enfants de plus ont reçu des services, pour un total de 126 enfants ayant reçu des services en cours d'année. La cible visant à éliminer la liste d'attente pour des services spécialisés destinés à des enfants dysphasiques n'a pas été atteinte. Le nombre d'enfants sur la liste d'attente est demeuré stable, 37 enfants étaient en attente de services au 31 mars 2004.

Malgré plusieurs démarches, il a été impossible de recruter un orthophoniste supplémentaire. Toutefois, des éducateurs spécialisés ont supporté l'orthophoniste en place et ainsi éviter une augmentation de la liste d'attente. Le recrutement se poursuit de façon intensive.

De plus, dans certaines MRC (Matane, La Mitis, Kamouraska), les enfants ayant des troubles de langage et de la parole reçoivent, de manière palliative, des services du CLSC dans le cadre du programme de stimulation précoce, lorsqu'ils sont en attente de services du centre de réadaptation en déficience physique. De même, des ententes sont prises avec les commissions scolaires ayant des orthophonistes pour assurer le suivi de l'enfant lors de son entrée à l'école.

2.4.11 Axe d'intervention :	Jeunes en difficulté

Résultats attendus :	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateurs	*Cibles 2003-2004*	*Résultats 2003-2004*
Liste d'attente réelle à l'évaluation	30	36
Liste d'attente à l'application des mesures	8	11
Taux d'engorgement réel	0,0 %	0,0 %

Commentaires

Liste d'attente à l'évaluation

L'objectif visant une liste d'attente moyenne à l'évaluation de 30 situations n'a pas été atteint. Au cours de l'année 2003-2004, le nombre moyen de situations en attente à l'évaluation a été de 36 situations.

Au regard des résultats en matière « d'évaluation en protection de la jeunesse », 899 situations ont été évaluées, soit une réalisation au-dessus de la norme de productivité établie par le Ministère fixant celle-ci à 844,8 évaluations pour le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent.

Liste d'attente à l'application des mesures

La cible fixée à 8 jeunes en attente à l'application des mesures (services psychosociaux et de réadaptation dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse), n'a pas été atteinte. Au cours de l'année 2003-2004, 11 jeunes en moyenne ont été en attente à l'application des mesures.

En 2003-2004, 883 jeunes ont reçu des services pour une capacité institutionnelle de prise en charge de 883 en tenant compte de l'allocation de développement allouée de manière non récurrente en 2003-2004. La durée moyenne de prestation des services a été de 20,85 mois pour l'exercice 2003-2004 comparativement à 22,14 mois en 2002-2003.

Bien que n'ayant pas atteint les cibles fixées pour les listes d'attente, il est permis d'affirmer que l'accessibilité des services a été maintenue à un niveau jugé acceptable.

Taux d'engorgement

La cible pour le taux d'engorgement a été atteinte.

2.4.12 Axe d'intervention :	Femmes victimes de violence

Résultats attendus :	Nombre d'enfants ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence
	Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec
	Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre d'enfants différents ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	137	59,2
Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec	328 884 $	333 531$
Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes	88 153 $	94 702 $

Commentaires

Services d'une intervenante « enfant »
La cible de 137 enfants a été fixée à partir du nombre d'enfants hébergés ayant reçu des services d'une intervenante jeunesse en 2002-2003.

L'écart entre la cible fixée et le résultat obtenu s'explique par le fait que les maisons d'hébergement de la région n'ont pas comptabilisé tous les enfants hébergés ayant reçu des services, mais uniquement les enfants correspondant au budget de développement reçu en 2003-2004.

Financement de base moyen
Les cibles d'augmentation du niveau de financement de base ont été atteintes pour les trois maisons d'hébergement et les 9 centres de femmes du Bas-Saint-Laurent.

2.4.13 Axe d'intervention :	Santé mentale

Résultats attendus :	
	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté
	Réduire le nombre de jeunes en attente d'évaluation
	Réduire le nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie
	Augmenter le nombre de jeunes recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale
	Réduire les durées de séjour sur des civières dans les salles d'urgence pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté depuis le début de l'année	nd	659
Nombre de jeunes en attente d'évaluation	72	75
Nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie	3	30
Nombre de jeunes différents recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale depuis le début de l'année	106	145
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes présentant un problème de santé mentale	10	10

Commentaires

Services de soutien aux adultes
Plus de 650 adultes ont reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté en 2003-2004. À partir de l'estimation du nombre d'adultes ayant reçu des services en 2002-2003, les résultats de l'année 2003-2004 indiquent une diminution du nombre d'adultes desservis. Cette diminution serait attribuable à des congés de maladie prolongés de psychologues qui n'ont pu être remplacés en raison d'une pénurie de professionnels ainsi qu'à la réalisation des suivis en CLSC plutôt que dans la communauté, donc non comptabilisés.

Pédopsychiatrie
En l'absence de données pour l'année 2002-2003, les points de départ permettant de comparer l'évolution des listes d'attente en pédopsychiatrie ont été établis à partir du nombre d'enfants en attente à la première période de l'année 2003-2004.

La liste d'attente à l'évaluation a été estimée au début de l'année 2003-2004 à 160 jeunes. La cible fixée correspondait à une diminution de l'ordre de 55 % et cette cible a été atteinte à la fin de l'année, alors que 75 jeunes sont en attente d'évaluation. En contrepartie, le nombre de jeunes en attente de traitement a progressé au cours de l'année, passant de 13 à 30 jeunes en attente. Ce résultat demeure acceptable compte tenu qu'un plus grand nombre de jeunes ont été référés pour traitement suite aux efforts consentis pour réduire la liste d'attente à l'évaluation. Au total, au 31 mars 2004, il y a moins d'enfants en attente en pédopsychiatrie qu'en avril 2003. La diminution observée est de l'ordre de 40 %. Cette diminution, attribuable principalement à la présence à l'été 2003 d'un pédopsychiatre dépanneur et à l'arrivée de deux pédopsychiatres au cours de l'année 2003-2004, aurait été plus importante si trois professionnels absents une partie de l'année avaient pu être remplacés.

Services en CLSC aux jeunes
La cible visée d'une augmentation de 30 jeunes recevant des services sociaux courants ou des services spécialisés en CLSC a été atteinte. Les données issues de la banque I-CLSC 2002-2003, utilisant la requête du suivi de gestion 2003-2004, permettent de constater que 69 jeunes de plus qu'en 2002-2003 ont reçu au cours de l'année des services de première ligne. Cette augmentation est attribuable en partie à une saisie plus complète des données par les professionnels suite à la mise en place du suivi de gestion.

Urgence
La cible fixée pour la durée moyenne de séjour à l'urgence pour les personnes ayant un problème de santé mentale a été atteinte pour les trois urgences monitorées. La durée moyenne de séjour au cours de l'année 2003-2004 s'est maintenue à 10 heures.

2.4.14 Axe d'intervention :	Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées

Résultats attendus :	
	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (PAPA)
	Augmenter le nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (autres que PAPA)
	Augmenter le nombre total d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile	5 785	6 151
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (PAPA)	20,08	19,64
Nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile	4 322	4 288
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (autres que PAPA)	21,65	20,23
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance	2,77	2,96
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels	0,20	0,24

Commentaires

Soutien à domicile

Personnes recevant des services

Le nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement recevant des services de soutien à domicile a augmenté entre 2002-2003 et dépassé la cible qui visait le maintien. Le nombre de personnes qui figurent parmi les autres clientèles des services de soutien à domicile a diminué.

L'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie desservies est attribuable principalement aux modifications apportées à la saisie des données suite à la mise en place du suivi de gestion. En conséquence, toute comparaison entre les deux années doit être effectuée avec prudence.

Nombre moyen d'interventions

Entre 2002-2003, le nombre moyen d'interventions a légèrement diminué alors que les cibles fixées visaient une augmentation moyenne de 0,5 et 0,75 intervention respectivement pour les personnes en perte d'autonomie et pour les autres clientèles.

Cette diminution est attribuable à plusieurs facteurs qui permettent d'affirmer que l'intensité et la qualité des services n'ont pas été affectées. Parmi ces facteurs, figurent l'accent mis sur les services infirmiers courants en ambulatoire pour les personnes qui sont en mesure de se déplacer et sur une augmentation du temps de présence plutôt que du nombre d'interventions afin de répondre aux besoins d'une clientèle plus lourde, particulièrement en soins palliatifs pour la clientèle autre que celle en perte d'autonomie.

Le nombre de personnes desservies et le nombre moyen d'interventions dans la région du Bas-Saint-Laurent demeurent supérieurs aux services offerts à l'échelle du Québec. Au cours de l'année 2004-2005, une harmonisation des critères d'admission entre les réseaux locaux de services devrait modifier le portrait des services offerts pour les clientèles en perte d'autonomie comme pour les autres clientèles afin d'harmoniser l'offre de service et d'adapter celle-ci à l'augmentation prévisible des demandes pour les personnes ayant subi une chirurgie avec hospitalisation.

Hébergement

Les cibles fixées pour l'hébergement ont été atteintes. Le nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance et en services professionnels, autres qu'infirmiers, sont supérieurs aux cibles fixées, soit respectivement 2,96 et 0,24 heures travaillées par jour/présence.

En 2003-2004, dans le cadre de l'enveloppe régionale des crédits aux organismes communautaires, une subvention de 11,5 M $ a été partagée entre 135 organismes communautaires de la région, ce qui représente une augmentation de 10,6 % par rapport à l'année précédente (10, 4 M $). Dans cette perspective et en regard de l'analyse de chaque demande de financement, l'Agence s'est assurée du respect des règles et des normes édictées par le Ministère telles que décrites dans le Cadre de gestion du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) et du Cadre de gestion de la reconnaissance du soutien financier des organismes communautaires de la Régie régionale. De plus, dans le cadre du suivi de la reddition de comptes, l'Agence s'est assurée que les organismes communautaires subventionnés lui transmettent les documents requis tels les rapports financiers, les rapports d'activités, les orientations et priorités, les données informatives et les plans d'action.

La contribution des organismes communautaires est importante dans le réseau de la santé et des services sociaux. Leur action se retrouve dans tous les champs d'intervention : santé physique et publique, santé mentale, violence, déficience physique et intellectuelle, jeunesse, famille, personnes âgées et services à domicile, toxicomanie et sécurité alimentaire. On peut compter près de 1 500 travailleuses et travailleurs auxquels s'adjoignent de nombreuses personnes bénévoles membres de leur communauté.

En 2003-2004, l'Agence a poursuivi la mise en œuvre de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire. Ainsi, l'Agence a reconduit en 2003-2004, la proposition de répartition d'allocation de ressources établie en 2002-2003. Ces allocations de ressources ont été effectuées en conformité avec le Cadre d'allocation des ressources financières additionnelles aux organismes communautaires, dans les secteurs d'activités suivants : hébergement, personnes démunies, santé physique, déficience intellectuelle et physique et famille. Les centres de femmes ont également bénéficié de subventions prévues spécifiquement pour leur secteur.

Par ailleurs, au cours du présent exercice financier, dans le cadre des relations de l'Agence avec les organismes communautaires, les sujets de préoccupations ont porté principalement, sur la mise sur pied des réseaux locaux de services en regard de l'organisation des services en réseaux intégrés.

4.1 Les résultats financiers de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

4.1.1 Le rapport du vérificateur général du Québec

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

**RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR
LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS**

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2004 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel le Vérificateur général du Québec a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 4 juin 2004. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à la section II.I de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général,

Renaud Lachance

Renaud Lachance, CA
Québec, le 18 août 2004

4.1.2 États des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées

Fonds d'exploitation — Exercice terminé le 31 mars 2004

RÉSULTATS

PRODUITS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
Subventions MSSS:					
- Budget signifié	01	5 772 108 $	5 697 104 $		
- (Diminution) ou augmentation du financement	02	195 764 $	81 313 $	72 343 $	613 012 $
Total (L. 01+ L.02)	03	5 967 872 $	5 778 417 $	72 343 $	613 012 $
Revenus d'intérêts	04	49 909 $	52 212 $	46 958 $	41 921 $
Revenus commerciaux	05				
Revenus d'autres sources:					
- Contributions de l'avoir-propre	06				
- Contributions de fonds affectés	07				
- Contributions du fonds des activités régionalisées	08				
- Autres	09	682 045 $	523 459 $	86 312 $	290 012 $
TOTAL (L.03 à L.09)	10	6 699 826 $	6 354 088 $	205 613 $	944 945 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS					
Charges d'exploitation:					
- Salaires - personnel cadre	11	453 433 $	841 340 $		
- Salaires - personnel autre	12	2 731 619 $	2 531 863 $	12 620 $	360 928 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	13	62 836 $	151 598 $		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	14	535 086 $	474 464 $	31 $	79 388 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	15	37 946 $	15 669 $		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	16	100 880 $	82 418 $		8 320 $
- Charges sociales - personnel cadre	17	54 106 $	84 294 $		
- Charges sociales - personnel autre	18	375 375 $	336 872 $	1 676 $	47 985 $
- Frais de déplacement	19	180 208 $	151 296 $	11 599 $	45 993 $
- Services achetés	20	716 024 $	557 137 $	120 228 $	318 758 $
- Communications	21	208 205 $	215 015 $	11 730 $	30 719 $
- Loyer	22	408 851 $	415 529 $		
- Location d'équipement	23	1 243 $	25 382 $		
- Fournitures de bureau	24	99 660 $	96 892 $	771 $	10 933 $
- Autres frais	25	62 313 $	93 040 $		
- Charges non réparties	26	510 840 $	39 120 $		
- Charges extraordinaires	27				
Total des charges d'exploitation (L.11 à L.27)	28	6 538 625 $	6 111 929 $	158 655 $	903 024 $
Dépenses d'immobilisations	29	187 120 $	196 027 $		
TOTAL (L.28 + L.29)	30	6 725 745 $	6 307 956 $	158 655 $	903 024 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.10 - L.30)	31	(25 919 $)	46 132 $	46 958 $	41 921 $

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
PRODUITS			
Contributions des établissements	01	503 095 $	324 210 $
Subvention du MSSS	02	1 117 938 $	803 950 $
Revenus d'intérêts	03		
Contributions du fonds d'exploitation	04	12 227 $	
Contributions de fonds affectés	05	802 508 $	
Revenus d'autres sources	06	193 577 $	163 955 $
Total (L.01 à L.06)	07	2 629 345 $	1 292 115 $
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS			
Charges d'exploitation:			
- Salaires - personnel cadre	08	157 296 $	113 971 $
- Salaires - personnel autre	09	721 982 $	548 386 $
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10	27 397 $	20 777 $
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	11	116 448 $	84 781 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	12	7 228 $	3 831 $
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	13	35 935 $	14 316 $
- Charges sociales - personnel cadre	14	19 313 $	15 326 $
- Charges sociales - personnel autre	15	100 022 $	73 533 $
- Frais de déplacement	16	107 246 $	44 659 $
- Services achetés	17	314 382 $	247 511 $
- Communications	18	42 382 $	21 336 $
- Loyer	19	59 371 $	30 939 $
- Location d'équipement	20	1 870 $	1 944 $
- Fournitures de bureau	21	14 871 $	11 217 $
- Contributions au fonds d'exploitation	22		
- Contributions à des fonds affectés	23		
- Autres frais	24		
Total des charges d'exploitation (L.08 à L.24)	25	1 725 743 $	1 232 527 $
Dépenses d'immobilisations	26	803 607 $	4 299 $
TOTAL (L.25 + L.26)	27	2 529 350 $	1 236 826 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.07 - L.27)	28	99 995 $	55 289 $

4.1.3 États des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations

Fonds combinés — Exercice terminé le 31 mars 2004

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'exploitation			
		Activités principales 1	Avoir propre 2	Fonds d'immobilisations 3	Fonds des activités régionalisées 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	41 475 $	1 410 366 $	2 328 924 $	1 098 511 $
ADDITIONS					
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	02		46 958 $		99 995 $
Régularisations - analyse financière	03				
Écart sur engagement-Stabilité d'emploi 2002-2003	04	19 $			
Régularisations - autres	05				
	06				
Libération de surplus	07		41 494 $		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds:					
- Fonds d'exploitation - Activités principales	08			187 120 $	
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	09				
- Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	10				
- Fonds affectés	11				
Acquisition d'immobilisations par des activités régionalisées	12				803 607 $
Autres	13				54 880 $
	14				
TOTAL (L. 02 à L. 14)	15	19 $	88 452 $	187 120 $	958 482 $
DÉDUCTIONS					
Excédent des charges d'exploitation et des dépenses d'immobilisations sur les produits	16		25 919 $		
Régularisations - analyse financière	17				
	18				
Régularisations - autres	19				
	20				
Libération de surplus	21	41 494 $			
Autres	22			296 161 $	203 248 $
Rétroactivité salariale - années antérieures	23		577 $		
TOTAL (L.16 à L.23)	24	41 494 $	26 496 $	296 161 $	203 248 $
VARIATION DE L'EXERCICE (L.15 - L.24)	25	(41 475 $)	61 956 $	(109 041 $)	755 234 $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN DE L'EXERCICE (L.01 + L.25)	26	--	1 472 322 $	2 219 883 $	1 853 745 $

4.1.4 Bilan des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et des immobilisations

Fonds combinés

Au 31 mars 2004

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
À court terme					
Encaisse	01	2 232 782 $	2 556 493 $		
Débiteurs : - MSSS	02	117 979 $	81 850 $		
- Établissements	03	1 092 $	9 140 $	198 210 $	27 003 $
- Fonds d'exploitation	04			472 537 $	517 592 $
- Fonds des activités régionalisées	05	40 489 $	20 564 $		
- Fonds affectés	06				
- Autres	07	128 310 $	184 335 $	30 485 $	31 153 $
Intérêts courus	08	6 503 $	9 386 $		
Taxes à recevoir	09	60 593 $	42 856 $		
Charges payées d'avance	10				
Autres éléments	11		122 024 $		
Total - Actif à court terme (L. 01 à L.11)	12	2 587 748 $	3 026 648 $	701 232 $	575 748 $
Immobilisations	13			1 273 388 $	618 149 $
Autres éléments d'actif	14				
TOTAL DE L'ACTIF (L.12 à L.14)	15	2 587 748 $	3 026 648 $	1 974 620 $	1 193 897 $
PASSIF					
À court terme					
Découvert de banque	16				
Emprunts de banque	17				
Créditeurs : - MSSS	18				
- Établissements	19	21 402 $	68 356 $	28 318 $	16 589 $
- Fonds d'exploitation	20			40 489 $	20 564 $
- Fonds des activités régionalisées	21	472 537 $	517 592 $		
- Fonds affectés	22				
- Autres	23	230 908 $	402 255 $	52 068 $	58 233 $
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	24	23 234 $	53 593 $		
Autres revenus reportés	25	367 345 $	533 011 $		
Autres éléments	26				
Total – Passif à court terme (L.16 à L.26)	27	1 115 426 $	1 574 807 $	120 875 $	95 386 $
À long terme	28				
TOTAL DU PASSIF (L.27 + L.28)	29	1 115 426 $	1 574 807 $	120 875 $	95 386 $
SOLDE DE FONDS	30	1 472 322 $	1 451 841 $	1 853 745 $	1 098 511 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	2 587 748 $	3 026 648 $	1 974 620 $	1 193 897 $

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF	01		
	02		
Immobilisations	03	2 219 883 $	2 328 924 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.03)	04	2 219 883 $	2 328 924 $
PASSIF			
À court terme			
Emprunts de banque	05		
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	06		
Autres éléments	07		
	08		
À long terme	09		
TOTAL DU PASSIF (L.05 À L.09)	10		
SOLDE DE FONDS	11	2 219 883 $	2 328 924 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.10 + L.11)	12	2 219 883 $	2 328 924 $

4.1.5 Bilan combiné des fonds affectés

Fonds affectés cumulés

Au 31 mars 2004

BILAN

ACTIF **À court terme**		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
Encaisse	01	1 217 909 $	2 496 506 $
Débiteurs: - MSSS	02	15 309 461 $	19 143 380 $
- MSSS - subvention pour intérêts sur emprunts	03	116 115 $	119 723 $
- Établissements	04	6 054 777 $	8 244 413 $
- Fonds d'exploitation	05		
- Fonds des activités régionalisées	06		
- Taxes à recevoir	07	31 186 $	33 916 $
- Autres	08		20 162 $
Intérêts courus	09	7 498 $	13 987 $
Autres éléments	10		
Total - Actif à court terme (L.01 à L.10)	11	22 736 946 $	30 072 087 $
À long terme - Enveloppes décentralisées	12	58 925 044 $	62 265 763 $
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 + L.11)	13	81 661 990 $	92 337 850 $
PASSIF **À court terme**			
Découvert de banque	14	126 687 $	6 368 $
Emprunts de banque	15	6 050 448 $	8 244 323 $
Intérêts sur emprunts à payer	16	116 115 $	119 723 $
Créditeurs et charges à payer: - Établissements	17	10 944 162 $	13 206 023 $
- Organismes	18	18 800 $	44 365 $
- Fonds d'exploitation	19		
- Fonds des activités régionalisées	20		
- Autres	21	879 818 $	448 020 $
Subventions reportées	22	572 056 $	987 329 $
Autres éléments	23		
Total - Passif à court terme (L.14 à L.23)	24	18 708 086 $	23 056 151 $
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	25	58 925 044 $	62 265 763 $
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.25)	26	77 633 130 $	85 321 914 $
SOLDE DE FONDS	27	4 028 860 $	7 015 936 $
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26+L.27)	28	81 661 990 $	92 337 850 $

4.1.6 État du solde de fonds combiné des fonds affectés

Fonds affectés cumulés — Exercice terminé le 31 mars 2004

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE DU DÉBUT	01	7 015 936 $	5 573 015 $
Récupération par le Ministère	02	72 970 $	
Solde du début après récupération (L.01 - L.02)	03	6 942 966 $	5 573 015 $
AUGMENTATION			
MSSS	04	26 521 312 $	26 419 561 $
Subvention pour intérêts sur emprunts	05	276 495 $	202 205 $
Revenus d'intérêt	06	121 908 $	165 649 $
Contributions du fonds d'exploitation	07		
Contributions du fonds des activités régionalisées	08		
Autres	09	5 535 321 $	6 380 864 $
TOTAL (L.04 à L.09)	10	32 455 036 $	33 168 279 $
DIMINUTION			
Attributions :			
- Établissements	11	13 816 353 $	13 026 188 $
- Organismes	12	287 001 $	754 394 $
Intérêts sur emprunts	13	276 495 $	202 205 $
Contributions au fonds d'exploitation	14		
Contributions au fonds des activités régionalisées	15	802 508 $	-- $
Charges d'exploitation :			
- Salaires	16	204 290 $	32 749 $
- Avantages sociaux	17	29 490 $	4 582 $
- Charges sociales	18	26 888 $	4 475 $
- Frais de déplacement	19	8 861 $	3 333 $
- Services achetés	20	178 827 $	65 612 $
- Location d'équipement	21		
- Fournitures de bureau	22	706 $	232 $
- Autres charges d'exploitation	23	640 710 $	156 578 $
Dépenses d'immobilisations	24		
Autres	25	19 097 013 $	17 475 010 $
TOTAL (L.11 à L.25)	26	35 369 142 $	31 725 358 $
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE (L.03 + L. 10 – L.26)	27	4 028 860 $	7 015 936 $

4.1.7 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2003-2004 et suivi des comptes à payer non pourvus

Exercice terminé le 31 mars 2004

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2003-2004 ET SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS

		Exercice cour. 2003-2004	Exercice précédent 2002-2003
ENVELOPPE RÉGIONALE 2003-2004			
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R, excluant celui de la ligne 02	01	362 264 397 $	337 227 597 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	02	9 180 945 $	10 485 639 $
Montant de l'enveloppe régionale 2003-2004 inscrit dans le système SBF-R (L.01 + L.02)	03	371 445 342 $	347 713 236 $
Autres	04	-- $	
TOTAL (L. 03 et L.04)	05	371 445 342 $	347 713 236 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE 2003-2004			
Allocations aux établissements	06	346 960 511 $	324 897 404 $
Allocations aux organismes communautaires	07	11 489 351 $	10 350 961 $
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	08	949 976 $	1 850 135 $
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 06 à L. 08)	09	359 399 838 $	337 098 500 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant attribué	10	9 140 657 $	10 209 115 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Montant reporté	11	-- $	225 414 $
Autres	12	2 864 559 $	129 097 $
Total des affectations (L.09 à L.12)	13	371 405 054 $	347 662 126 $
Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : Solde non attribué	14	40 288 $	51 110 $
TOTAL (L.13 + L.14)	15	371 445 342 $	347 713 236 $
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.05 - L.15)	16	--0--$	-0- $
SUIVI DES COMPTES À PAYER NON POURVUS			Montant
Solde au 31 mars 2003	17	--0--$	-0- $
Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice	18	--0--$	-0- $
Comptes à payer non pourvus au 31 mars 2003 liquidés au cours de l'exercice	19	--0--$	-0- $
Solde à la fin (L.17 + L.18 - L.19)	20	--0--$	-0- $
Composé de:		--0--$	-0- $
- Comptes à payer non pourvus contractés envers des établissements (= P.266, L.26, C.2)	21	--0--$	-0- $
- Autres	22	--0--$	-0- $
TOTAL (L.21 + L.22) = L.20	23	--0--$	-0- $

4.1.8 Notes aux états financiers – exercice terminé le 31 mars 2004

Note 1 Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1). Elle succède à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

Note 2 Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction de l'Agence. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisation et dans le fonds des activités régionalisées ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du gain ou de la perte est directement imputé au solde du fonds acquéreur pour le fonds d'exploitation et le fonds d'activités régionalisées;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas reportés;

vi) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

vii) Pour les exercices antérieurs, les contrats de location-acquisition étaient comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu.

viii) Les fonds autres que le fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds:

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction confiée par les établissements, surtout de sa région. Le financement de ces opérations est assuré principalement par les établissements concernés;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

v) Le fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Attributions de subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations ou dans le fonds des activités régionalisées. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Note 3 Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2004	2003
Fonds d'exploitation		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	187 120 $	196 027 $
Produit de disposition d'immobilisations	-0-	-0-
Fonds d'immobilisations		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités-	-0-	-0-
Produit de disposition d'immobilisation	-0-	-0-

Note 4 Provisions pour congés de maladie, vacances et heures supplémentaires cumulées

Les sommes à payer au 31 mars 2004 en regard des banques de congé de maladie, vacances et heures supplémentaires cumulées ne sont pas inscrites aux états financiers et se détaillent ainsi :

	2004	2003
Vacances	561 663 $	501 146 $
Congé de maladie	70 050 $	66 871 $
Heures supplémentaires cumulées	63 625 $	-0-
	695 338$	568 017 $

Note 5 Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu d'un bail échéant le 30 avril 2006 pour des locaux administratifs.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2004 concernant ces locaux administratifs s'élève à 449 043 $. Les paiements minimums futurs s'établissement comme suit :

2005	415 447 $
2006	415 447 $
2007	34 621 $
	865 515 $

Note 6 Instruments financiers

La juste valeur des instruments financiers à court terme est équivalente à la valeur comptable en raison de leur échéance rapprochée. La juste valeur des instruments financiers à long terme ne peut être estimée au prix d'un effort raisonnable considérant l'absence de marché pour ce type de dette.

Note 7 Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés immobilisations et équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2004	2003
Marge de crédit d'un montant autorisé de 53 000 000 $, portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % et venant à échéance le 31 mars 2023.	627 807 $	1 571 333 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, garantis par une hypothèque mobilière dont l'échéance varie de 2005-2023. L'intérêt, variant entre 3,98 % et 7,97 %, est payable semestriellement.	58 297 237 $	60 694 443 $
	58 925 044 $	62 265 763 $
	6 238 986 $	12 644 127 $
	52 058 251 $	48 050 303 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2005	6 238 986 $
2006	8 085 742 $
2007	15 761 699 $
2008	6 902 155 $
2009	1 383 038 $
	38 371 620 $

Note 8 Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentes au rapport financier annuel.

Note 9 Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctivement au rapport financier annuel.

Note 10

Certains chiffres de l'exercice 2003 ont été reclassés afin de rendre leur présentation identique à celle de l'exercice 2004.

4.2 Les allocations des ressources financières aux établissements

4.2.1 Le budget net de fonctionnement des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice financier précédent

Nom de l'organisation subventionnée	*Établissements privés conventionnés*		*Établissements publics*	
	2003-2004	*2002-2003*	*2003-2004*	*2002-2003*
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent			20 394 116 $	19 295 794 $
CH de Rivière-du-Loup			48 557 461 $	46 183 011 $
Réseau de santé et de services sociaux de Matane			29 825 354 $	27 841 431 $
Réseau de santé et de services sociaux des Basques			9 266 433 $	8 542 470 $
Réseau santé Kamouraska			27 350 355 $	25 760 344 $
Centre mitisssien de santé et de serv. comm.			28 789 972 $	27 727 283 $
Réseau de santé de La Matapédia			24 963 101 $	22 880 422 $
CRDI du Bas-Saint-Laurent			22 831 160 $	20 294 833 $
Réseau de santé du Témiscouata			23 148 238 $	21 694 881 $
CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette			22 602 096 $	21 256 023 $
CHR de Rimouski			77 894 681 $	72 502 890 $
CLSC Rivières et Marées			7 548 278 $	7 164 177 $
Foyer Ste-Bernadette inc.	1 448 586 $	961 094 $		
Foyer St-Cyprien (1993) inc.	1 718 673 $	1 702 164 $		
TOTAL	*3 167 259 $*	*2 663 258 $*	*343 171 245 $*	*321 143 559 $*

4.2.2 Les surplus ou déficits de l'année de chacun des établissements publics et privés conventionnés sur une base comparative avec l'exercice précédent

	2002-2003	*2003-2004 (Note 1)*
Établissements publics		
Réseau de santé et de services sociaux de Matane	--	(516 402 $)
CH et CHSLD de Matane	(679 345 $)	--
CLSC de Matane	51 848 $	--
Réseau de santé de La Matapédia	--	(264 194 $)
CH d'Amqui	(297 861 $)	--
CLSC de la Vallée	(57 378 $)	--
Centre Mitissien de santé et serv. comm.	(4 578 $)	5 603 $
CH régional de Rimouski	(1 182 420 $)	(1 660 837 $)
CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette	(245 238 $)	(642 $)
Réseau de santé et de services sociaux des Basques	(138 165 $)	(120 290 $)
CHH de Rivière-du-Loup	(986 938 $)	(1 145 001 $)
CLSC Rivières et Marées	(63 959 $)	10 453 $
Réseau de santé Kamouraska	138 071 $	20 369 $
Réseau de santé du Témiscouata	206 506 $	(373 496 $)
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	(20 471 $)	(142 724 $)
CRDI du Bas-Saint-Laurent	--	77 376 $
Services d'adaptation Osmose	93 717 $	--
CRDI du KRTB	12 649 $	--
	(3 173 562 $)	(4 109 785 $)
Établissements privés		
Foyer Ste-Bernadette inc.	39 770 $	N/D
Foyer St-Cyprien	161 239 $	N/D
	201 009 $	N/D
	(2 972 553 $)	(4 109 785 $)

Note 1 : Il s'agit du résultat du fonds d'exploitation tel que présenté par l'établissement à son rapport financier annuel.

4.2.3 Les autorisations d'emprunts accordées aux établissements publics :

a) Nombre d'autorisations temporaires émises en 2003-2004 : 29

b) Montants totaux au 31 mars 2004 pour chacun des types et des catégories :

		Autorisé	Réel
Type	*Fonctionnement autorisé par le MSSS*	5 600 000 $	2 240 194 $
Catégorie	Équilibre budgétaire Traitement différé	5 350 000 $ 250 000 $	1 990 194 $ 250 000 $
Type	*Immobilisations (autorisé par l'Agence)*	3 014 537 $	1 893 974 $
Catégorie	Projets autofinancés Projets financés par les activités accessoires	2 716 058 $ 298 479 $	1 595 495 $ 298 479 $

c) Pourcentage du montant total des autorisations d'emprunts par rapport au total des budgets bruts au 31 mars 2004.

Dépenses courantes de fonctionnement 1,51 %

Dépenses en immobilisations 0,81 %

d) Depuis le 1er avril 2000, avec l'application de la Loi 107, c'est le MSSS qui a la responsabilité d'émettre des autorisations d'emprunts de types fonctionnement et transformation après recommandation de l'Agence. L'Agence conserve cependant la responsabilité des emprunts de type immobilisations.

La limite régionale au-delà de laquelle l'Agence doit obtenir une dérogation du MSSS avant l'émission d'une nouvelle autorisation d'emprunt pour des dépenses d'immobilisation est de 2 568 000 $. Considérant cette limite, l'Agence a dû obtenir une dérogation du MSSS avant d'émettre toute nouvelle autorisation d'emprunt en 2003-2004 tel qu'il est requis.

4.2.4 Les objectifs de retour à l'équilibre budgétaire des établissements publics

La somme globale de déficit annuel d'exploitation des établissements publics du territoire ne devrait pas excéder 2,4 M$ en 2003-2004. Cependant, le montant réel du déficit global s'établit à 4,1 M$.

L'écart de 1,7 M$ est principalement attribuable aux éléments suivants :

- Retards dans l'application de certaines mesures incluses au plan d'équilibre budgétaire des établissements;
- Croissance importante du coût des médicaments et des fournitures médicales;
- Coûts d'absentéisme;
- Coûts reliés à la gestion des cas d'usagers porteurs du S.A.R.M.

Cet écart se retrouve en grande partie dans deux établissements, pour lesquels un mandat d'accompagnement a été réalisé à l'hiver 2004 par une firme de consultants. Les rapports finaux déposés font état de plusieurs pistes de solution que les établissements concernés doivent considérer dans leur processus de planification budgétaire de 2004-2005.

L'Agence entend s'assurer que tous les efforts requis soient mis à la réalisation des recommandations des rapports du consultant.

4.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires/enveloppe régionale de crédits

4.3.1. Les organismes de promotion et de services

ORGANISMES	Enveloppe 2002-2003	Enveloppe 2003-2004
• **Alcoolisme et toxicomanie**		
Aux Trois Mâts	20 781 $	38 394 $
La Montée, centre prévention et traitement des dépendances	242 397 $	157 442 $
Centre Domrémy du KRTB	9 469 $	–
Unité Domrémy Ville St-Pascal	182 047 $	9 696 $
Centre régional A.D.H. « Le Tremplin »	7 364 $	215 263 $
Unité Domrémy de Causapscal	1 577 $	7 541 $
Unité Domrémy de Luceville	22 040 $	1 615 $
Unité Domrémy de Mont-Joli inc.	10 521 $	26 361 $
Unité Domrémy Saint-Gabriel de Rimouski	211 426 $	10 774 $
L'Arrimage	9 469 $	248 015 $
Unité Domrémy Rivière-Bleue inc.	–	9 696 $
Total Alcoolisme et toxicomanie	**717 091 $**	**724 797 $**
• **Familles**		
Maison de la famille du Kamouraska	88 892 $	66 841 $
Grands amis région Matane (Les)	17 592 $	26 987 $
Maison Élizabeth Turgeon pour les familles	6 598 $	41 207 $
Gigogne inc. (La)	10 888 $	– $
Maison de la famille du Grand-Portage	27 559 $	77 996 $
Maison des familles de la Matapédia	18 616 $	41 391 $
Regroupement acti-familles	15 297 $	30 366 $
Re-Source familles	4 644 $	23 092 $
Grands amis de la Vallée	15 659 $	30 997 $
Maison des familles de la Mitis	26 128 $	75 369 $
Pivot-famille Mitis	20 264 $	15 315 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	52 602 $	68 514 $
Grands amis de Rimouski (Les)	24 677 $	35 289 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	77 408 $	65 030 $
Comité parrains-marraines du KRTB	15 551 $	20 924 $
Maison de la famille du Témiscouata	67 754 $	54 813 $
C.A.B. des Basques	10 979 $	– $
Parents uniques du Kamouraska	–$	3 641 $
Info-Éveil de la région de Matane inc.	–	10 000 $
Total Familles	**501 108 $**	**687 772 $**
• **Déficience physique ou intellectuelle**		
Association des personnes handicapées L'Éveil des Basques	20 198 $	49 161 $
Association pocatoise des personnes handicapées	10 586 $	31 022 $
Association des handicapés gaspésiens	20 891 $	39 708 $
Association des personnes handicapées du Kamouraska	10 585 $	21 231 $
Amirams de la Vallée inc. (Les)	21 334 $	32 917 $
Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	12 448 $	23 818 $
Maison des tournesols (La)	12 099 $	12 389 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	10 342 $	10 590 $
Service alternatif d'intégration au travail des pers. hand.	7 581 $	36 382 $
Ass. des personnes handicapées « Entre amis » du Témis	24 690 $	43 754 $
Association des personnes handicapées visuelles B.F.	47 343 $	60 035 $
Association pour l'intégration sociale Rimouski	8 739 $	20 561 $
Association multi-défis	22 861 $	34 287 $
Société d'autisme régionale BSL, Gaspésie, Les îles	50 000 $	51 200 $
Association des personnes ACVA-TCC du B.S.L.	47 343 $	58 551 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées BSL	60 390 $	16 000 $
Association québécoise pour enfants atteints d'audi-multi BSL	–	18 772 $
Total Personnes handicapées	**387 430 $**	**560 378 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2002-2003	Enveloppe 2003-2004
• **Centres de bénévolat**		
C.A.B. des Basques	8 416 $	25 860 $
C.A.B. Cormoran inc.	6 313 $	6 465 $
C.A.B. région de Matane	12 624 $	17 876 $
C.A.B. Vallée de la Matapédia	17 884 $	23 073 $
Centre de bénévolat de la Mitis	17 884 $	22 313 $
C.A.B. région de Rimouski inc.	17 884 $	18 313 $
C.A.B. des Seigneuries inc.	8 942 $	9 157 $
C.A.B. région Témis inc.	8 416 $	8 618 $
Total Centres de bénévolat	**98 363 $**	**131 675 $**
• **Santé physique**		
Association du cancer de l'est du Québec	5 892 $	6 033 $
Diabétiques amis du KRTB	2 695 $	2 760 $
Service d'aide personnes accidentées « Pare-chocs »	2 695 $	--
Arc-en-ciel du cœur	5 645 $	5 780 $
Diabète BSL inc.	16 307 $	10 554 $
Total Santé physique	**33 234 $**	**25 127 $**
• **Personnes démunies**		
Moisson Kamouraska	7 019 $	15 143 $
Cuisine collective de la région de Matane (La)	31 084 $	34 786 $
Moisson de la Matapédia	116 846 $	40 491 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	13 387 $	16 664 $
Moisson Rimouski-Neigette	36 696 $	35 533 $
Cuisines collectives Dégelis	28 883 $	47 532 $
Cuisine collective du Haut-Pays	10 729 $	33 942 $
Carrefour d'initiative populaire Rivière-du-Loup	28 604 $	49 195 $
Tandem jeunesse	170 767 $	181 850 $
Loisirs de jeunesse Rimouski (Transit)	253 203 $	256 757 $
Le Répit du passant	161 441 $	209 329 $
La Maison de l'espoir de Mont-Joli (La)	134 428 $	138 621 $
Cuisines collectives de Cabano	--	18 100 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	--	14 100 $
Total Personnes démunies	**993 087 $**	**1 092 043 $**
• **Assistance et accompagnement**		
Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes BSL	**144 006 $**	**147 462 $**
• **Maison d'hébergement pour femmes**		
Gigone inc. (La)	304 913 $	345 060 $
La Débrouille	316 472 $	385 733 $
L'Autre-Toit du KRTB	308 887 $	343 824 $
Total Maison d'hébergement pour femmes	**930 272 $**	**1 074 617 $**
• **CALACS**		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	**208 083 $**	**213 807 $**
• **Centres de femmes**		
Centre femmes La Passerelle du Kamouraska	81 330 $	74 832 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	83 643 $	95 603 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	83 643 $	87 200 $
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia	73 643 $	87 200 $
Maison des femmes de la région de Rimouski	83 643 $	99 879 $
Centre-femmes du Grand-Portage	73 643 $	91 892 $
Centre des femmes du Ô-Pays (Le)	83 643 $	96 196 $
Centre des femmes du Témiscouata	83 643 $	95 574 $
Centre femmes de la Mitis	81 330 $	84 832 $
Total Centres de femmes	**728 161 $**	**813 208 $**
• **Organismes conjoints violents**		
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	86 268 $	102 138 $
Trajectoires hommes violents du KRTB	86 268 $	88 338 $
Total Organismes conjoints violents	**172 536 $**	**190 476 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2002-2003	Enveloppe 2003-2004
• **Maison des jeunes**		
Corporation de la Maison des jeunes de Trois-Pistoles	70 384 $	98 975 $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	70 493 $	108 978 $
Quartier-jeunesse 1995	70 493 $	70 727 $
Maison des jeunes de Matane	89 343 $	100 460 $
Jeunathèque d'Amqui	84 466 $	86 493 $
Maison des jeunes Causapscal (La)	53 844 $	55 136 $
Maison des jeunes de Sayabec	64 051 $	65 588 $
Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	152 315 $	155 971 $
Maison des jeunes de Rimouski	89 343 $	91 487 $
Maison des jeunes du Bic (La)	64 051 $	65 588 $
Corp. Entre-Jeunes de Rivière-du-Loup	64 051 $	80 888 $
Centre jeunes Cacouna	21 181 $	21 689 $
Maison des jeunes Entre-deux de Cabano	23 392 $	22 213 $
Maison des jeunes Pirana	21 692 $	22 213 $
Maison des jeunes de Saint-Épiphane	53 844 $	55 136 $
Maison des jeunes de Les Méchins	20 623 $	--
Maison des jeunes de Val-Brillant	23 224 $	23 781 $
Maison des jeunes de Pointe-au-Père	33 431 $	34 233 $
Place des jeunes de Squatec	28 327 $	34 857 $
Maison des jeunes « Le Coin de Dégelis »	46 461 $	47 576 $
Corporation de comité jeunesse 1997	20 749 $	21 247 $
Maison des jeunes « La Pôle »	--	12 000 $
Maison des jeunes Le Refuge jeunesse	--	26 802 $
Total Maisons de jeunes	1 165 758 $	1 302 038 $
• **Justice alternative**		
Fonds jeunesse B.B.R. inc.	155 702 $	168 108 $
Justice alternative du KRTB inc.	118 881 $	129 900 $
Total Mesures de rechange	274 583 $	298 008 $
• **Concertation régionale**		
Mouvement Action Communautaire Bas-Saint-Laurent	67 331 $	78 947 $
• **Mesures reliées au SIDA**		
M.A.I.N.S. – B.S.L.	36 190 $	94 969 $
• **Santé mentale**		
Périscope des Basques	68 423 $	70 065 $
Association Kamouraska en santé mentale La Traversée	92 597 $	89 587 $
Le Marigot de Matane	91 797 $	94 000 $
Rayon de partage en santé mentale	87 250 $	89 344 $
La Maison des tournesols	86 018 $	88 082 $
Ass. can. de santé mentale du Bas-du-Fleuve	131 857 $	135 022 $
Centre de prévention du suicide et intervention de crise BSL	533 122 $	602 642 $
PLAIDB Bas-du-Fleuve	92 098 $	2 717 $
Centre d'entraide L'Horizon de Rivière-du-Loup	100 400 $	102 810 $
CRIS du KRTB	108 471 $	121 286 $
Maison d'hébergement La bouffée d'air du KRTB	283 369 $	291 055 $
ROCASM-BF	11 410 $	11 684 $
Source d'espoir du Témis	93 980 $	96 236 $
La lueur de l'Espoir du BSL	107 855 $	107 372 $
Total santé mentale	1 888 647 $	1 901 902 $
TOTAL ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES	8 345 880 $	9 337 226 $

4.3.2 Les organismes communautaires en maintien à domicile

ORGANISMES	2002-2003	2003-2004
• **Maintien à domicile et AVD**		
Relais santé Matane	7 287 $	23 462 $
Société d'Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	108 605 $	107 730 $
Centre d'action bénévole de la Mitis	98 241 $	100 599 $
Centre de bénévolat de Matane	88 655 $	90 783 $
Centre d'action bénévole de Matapédia	84 696 $	86 729 $
Centre d'action bénévole de Rimouski	150 656 $	154 272 $
Popote le gourmet roulant	1 019 $	1 152 $
Bourgeons de la Mitis	126 161 $	129 189 $
Centre d'action bénévole Cormoran	115 395 $	118 164 $
Centre d'action bénévole Seigneuries	284 519 $	291 348 $
Centre d'action bénévole des Basques	52 976 $	58 347 $
Centre d'action bénévole région Témis.	215 848 $	252 880 $
Comité d'accompagnement La Source	12 119 $	12 410 $
Coup de main à domicile Rimouski	255 241 $	261 367 $
Aide-maison vallée de la Matapédia	140 663 $	144 039 $
Service à domicile région de Matane	135 561 $	138 814 $
Service Kam-Aide	84 267 $	106 416 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	12 581 $	12 775 $
Logis Aide des Basques	71 696 $	73 417 $
Total organismes communautaires en maintien à domicile	**2 046 186 $**	**2 163 893 $**
GRAND TOTAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	10 392 066 $	11 501 119 $
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS	131	135

Les subventions listées ci-haut proviennent de diverses enveloppes.

ENVELOPPES	2002-2003	2003-2004
Programme de soutien aux organismes communautaires SOC	8 270 862 $	8 919 943 $
Aide à la vie domestique	1 131 913 $	1 159 079 $
Stimulation précoce Politique Santé Bien-Être	106 747 $	33 590 $
Programme Y-APP	98 894 $	101 268 $
Soutien à la concertation régionale	78 741 $	80 631 $
Perdiem pour les organismes d'hébergement	215 949 $	239 863 $
Autres allocations récurrentes	63 122 $	204 058 $
Autres allocations non récurrentes	425 838 $	762 687 $
	10 392 066 $	11 501 119 $

Annexes

Annexe 1 — Membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2004

Noms	MRC de provenance
M. Hugues Dion	Matane
Mme Denise Gentil	Matane
Mme Fernande Griffin	Témiscouata
Mme Suzanne Guimond	Matane
Dre Claire Jean, Commission médicale régionale	La Matapédia
M. Martin Legault, président	Kamouraska
M. Daniel Lessard	Les Basques
M. Bertin Lévesque, Commission infirmière régionale	La Matapédia
M. Jean-Paul Morin	Matane
Mme France Pakenham, vice-présidente	Rivière-du-Loup
M. Daniel Rioux	Les Basques
M. Georges Roy	La Mitis
Mme Thérèse St-Pierre	Rimouski-Neigette
Mme Sylvie Sarrasin, Commission multidisciplinaire régionale	Rimouski-Neigette
Mme Lucie Tardif	Rimouski-Neigette
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale et secrétaire	Rimouski-Neigette

Annexe 2 — Membres du Forum de la population au 31 mars 2004

MRC de provenance	Noms
Kamouraska	Mme Rose-Hélène Bouffard Mme Odile Soucy
Rivière-du-Loup	M. Alyre Bois Mme Madeleine Magnan
Témiscouata	M. Zoël Bossé
Les Basques	M. Michel Kelly
Rimouski-Neigette	Mme Ghislaine Lachance M. Marcel Lebel Mme Denise Vaillancourt
La Mitis	Mme Ghislaine Beaulieu Mme Ariane-Olivier Ouellet
La Matapédia	M. Alphonse Côté Mme Pierrette Saucier-Couturier M. Marcel Auclair
Matane	M. Michel Côté Mme Mireille Lavoie

Par ailleurs, 4 postes étaient vacants au 31 mars 2004.

Annexe 3 — Membres des comités et commissions et du comité de direction du Département régional de médecine générale au 31 mars 2004

Comité de vérification

M. Daniel Lessard
M. Bertin Lévesque
M. Georges Roy

Commission médicale régionale

Collège électoral des médecins omnipraticiens

Dre Claire Jean, présidente
Dr Gaëtan Lévesque
Poste vacant

Collège électoral des médecins spécialistes

Dr Martin Cousineau
Dr Marc Derouin
Dr Normand Gervais, vice-président

Membres cooptés sur recommandation du comité consultatif

Dr Serge Gravel
Dre Josée Michaud
Dr Léon Rioux
Dr Louis Saint-Pierre

Autres membres en provenance de l'Agence

Dr Jacques Levasseur, directeur des affaires médicales et de la santé physique (invité permanent)
Dr Robert Maguire, directeur de la santé publique, de la planification et de l'évaluation (membre d'office)
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale (membre d'office)

Commission multidisciplinaire régionale

Mme Johanne Beaudoin	Centre hospitalier régional de Rimouski
Mme Catherine Fraser	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup
Mme Josée Lafleur	Cégep de Rimouski
Mme Sylvie Laliberté	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Amélie Ouellet	Réseau Santé Kamouraska
Mme Claire Page	Université du Québec à Rimouski
Mme Nathalie Paquet	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle du Bas-Saint-Laurent
Mme Lise Ross	Réseau de santé et de services sociaux de Matane
M. Sarto Roy	Université du Québec à Rimouski
Mme Sylvie Sarrasin	CLSC-CHSLD Rimouski-Neigette
Mme Lise Verreault	Réseau Santé Kamouraska
2 postes vacants	

Commission infirmière régionale

Mme Michèle Beaulieu	Réseau de santé du Témiscouata
Mme Ghislaine Boucher	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup
Mme Lise Dupont	Centre hospitalier régional de Rimouski
Mme Micheline Lavoie	Réseau de santé du Témiscouata
M. Bertin Lévesque	Réseau de santé de La Matapédia
Mme Suzanne Marquis	CLSC Rivières et marées
Mme Alexandra Proulx	Centre mitissien de santé et de services communautaires
Mme Danielle Roy	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Mme Hélène Sylvain	Université du Québec à Rimouski
Mme Johanne Turcotte	Cégep de Matane
un poste vacant	

Membres observateurs :

M. Jocelyn Boucher	Centre hospitalier de Rivière-du-Loup
Mme Nathalie Dupont	Réseau de santé et de services sociaux de Matane
Mme Cécile Voyer	Ordre régional des infirmières et des infirmiers du Québec

Département régional de médecine générale (comité de direction)

Membres élus

Dr Jean-Marie Deschênes
Dr Jean Hudon
Dr Guy Rossignol, chef du département

Membres cooptés

Dr Denis Beaulieu
Dr Jocelyn Bérubé
Dr Mario Blouin
Dre Valérie Coulombe
Dre Lucie Lachapelle
Dre Linda Landry
Dr Pierre Lapointe, chef adjoint du département

Autres membres en provenance de l'Agence

Dr Jacques E. Girard, délégué permanent
Mme Lise Verreault, présidente-directrice générale, secrétaire

Annexe 4

Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
BAS-SAINT-LAURENT

Code d'éthique et de déontologie

du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Adopté par le conseil d'administration de la
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
le 27 novembre 2002
R.R.-09-02-1116R

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION 1

1. CADRE LÉGAL 3

2. DÉCLARATION DE PRINCIPE 5

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE 6

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE 10

ANNEXE I : Engagement personnel

ANNEXE II : Déclaration des intérêts

INTRODUCTION

Le présent document présente les principes d'éthique devant guider les membres du conseil d'administration (ci-après nommés « le membre ou les membres du conseil d'administration ») de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci-après nommée « la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent »).

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2 (ci-après appelée « la Loi ») rappelle les principes émis dans le Code civil du Québec quant aux actions des administratrices et des administrateurs publics, et les a formulés eu égard aux membres de conseil d'administration d'une régie régionale (article 406 de la Loi).

> *« ... les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la régie et de la population de la région pour laquelle la régie est instituée.»*

D'autre part, le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, Loi sur le ministère du Conseil exécutif (LRQ, c.M-30 a.3.0.1 et 3.0.2, 1997, c.6a.1) précise, à l'article 4 :

> « ...Les administrateurs publics sont nommés ou désignés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens... »

Le mot éthique renvoie au comportement, à l'action humaine, à la décision. Il concerne ce qu'on doit faire (le devoir, les valeurs), ce qui va au-delà de ce qui se fait (les mœurs). Il nous amène donc à la question quant à la façon d'être.

À la lumière d'un examen des dictionnaires, les diverses définitions de l'éthique peuvent se ramener globalement à trois types :

- L'éthique évoque une réflexion sur l'agir humain. Elle réfère à une recherche de ce qu'il faut faire. Elle inclut alors une réflexion sur les valeurs, les principes, les finalités de l'action, etc.
- L'éthique peut être définie aussi par son contenu. Elle se présente alors comme une doctrine, un système de valeurs, un ensemble de principes et de règles destinés à orienter l'action.
- L'éthique renvoie enfin au choix concret de l'action à faire. Elle se définit alors comme décision, comme processus de décision, comme effort de décision et d'application.

Loin de s'opposer, comme parfois on le laisse entendre, ces trois types de définition se complètent et constituent trois fonctions complémentaires de l'éthique : on réfléchit, on se fait une synthèse, on agit en conséquence.

Dans le cadre de la gouverne régionale instaurée en vertu de la Loi, tel qu'amendée par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L .Q .2001, ch. 24), le conseil d'administration de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent est appelé à poursuivre son rôle en tant qu'instance dédiée à la prise de décision sur les grandes politiques et orientations régionales et à la reddition de comptes. Il doit assumer quatre grandes responsabilités :

- assurer la participation de la population
- définir les politiques et orientations
- allouer les ressources
- assurer la surveillance et le contrôle des résultats découlant de ses décisions

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont désormais assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (après appelé « le Règlement ») découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, lequel règlement a pour objet (article 1) :

> « ... de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics ».

En vertu des dispositions de la Loi, les membres du conseil d'administration s'inscrivent sous la rubrique « membres de conseils d'administration et membres des organismes et entreprises du gouvernement au sens de la Loi du Vérificateur général (L.R.Q. c. V-5.01), ... ainsi que les titulaires de charges administratives prévues par la Loi de ces organismes et entreprises ».

En outre, le présent code d'éthique doit être considéré dans le contexte de la mission de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent, de ses valeurs et de sa philosophie de services.

1. CADRE LÉGAL

Selon les dispositions de la Loi, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans la région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le ministre (art. 340).

Toutefois, dans l'exercice de ses pouvoirs, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent devra tenir compte des principes et orientations retenus par le législateur, lesquels visent à replacer la citoyenne ou le citoyen au centre du système de santé et de services sociaux. De l'ensemble des mesures législatives, il peut s'avérer intéressant d'en examiner quelques-unes.

L'article I de la Loi établit, à son premier alinéa, que :

> « ... Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes, d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ».

L'article 3 instaure des lignes directrices qu'il faudra utiliser à l'intérieur du réseau. Cet article se lit comme suit :

> « ... Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1° La raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° Le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° L'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;

4° L'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° L'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse ».

Finalement, les articles 4 et 5 établissent deux des principaux droits conférés aux usagères et aux usagers. Ces articles sont à l'effet suivant :

> « Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources ».

> « Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée ».

Quant à la conduite des membres du conseil d'administration, l'article 406 de la Loi vient baliser globalement les principes. L'article est déjà cité dans l'introduction du présent document.

Par ailleurs, la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, exige que les membres du conseil d'administration de toute régie régionale se dotent d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable dans le respect des principes et règles édictés par le règlement (articles 34 et 35). On y stipule que ce code d'éthique doit être accessible au public, publié dans le rapport annuel où l'on doit également faire état du nombre de cas traités et de leur suivi et le règlement qui en découle.

2. DÉCLARATION DE PRINCIPE

Attendu que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;

Attendu que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;

Attendu que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;

Attendu les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;

Attendu la mission et les valeurs organisationnelles de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent;

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions s'engagent à :

- Centrer leurs décisions et leur action sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens du Bas-Saint-Laurent en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessible, intégré et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales.

- Respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ainsi que ceux prévus à la Loi et au Règlement susmentionné. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

Agir avec objectivité

Le membre du conseil d'administration exerce ses fonctions d'une façon libre et indépendante de ses propres intérêts ou ceux qu'il peut représenter. Celui-ci se doit d'éviter toute forme de discrimination interdite par la charte des droits et libertés de la personne et de prendre des décisions excluant ou donnant une préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la Loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

Agir avec honnêteté et intégrité

Le membre du conseil d'administration doit, dans le cadre de son mandat et de ses fonctions, agir avec honnêteté et intégrité, dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Ainsi, ce principe requiert des personnes assujetties à ce code de ne pas être impliquées dans un vol, une fraude ou une situation d'abus de confiance, d'éviter toute forme de corruption ou de tentative de corruption, refuser toute somme d'argent ou autre considération pour l'exercice de leurs fonctions ou autrement que ce qui est prévu par la Loi. Il ne peut accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni pour lui-même, ni pour une autre personne. Entre autres, il ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

Le membre du conseil d'administration fait preuve d'honnêteté intellectuelle à l'égard même du contenu du mandat qui lui est confié et des fonctions qu'il occupe. Il ne doit donc pas s'approprier ou utiliser sans droit, les droits intellectuels de toute autre personne ou organisation, ni utiliser à son avantage un bien de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou une information qu'il détient.

Agir avec discrétion et retenue

Le membre du conseil d'administration doit garder secrets les faits ou les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel. Il doit donc, notamment vis-à-vis des médias, adopter une attitude de retenue à l'égard de tous les faits ou informations qui, s'il les dévoilait, pourraient nuire à l'intérêt public, au bon fonctionnement de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et porter atteinte à la vie privée d'une citoyenne ou d'un citoyen. La présidente ou le président du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation de leurs opinions politiques.

Après l'expiration du mandat, tout membre du conseil doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions et qui avait un caractère confidentiel.

Agir sans partisanerie politique

Le membre du conseil d'administration doit éviter toute partisanerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

Agir avec loyauté

Le membre du conseil d'administration s'acquitte de ses fonctions ou de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent ou le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

Agir avec respect et dignité

Le membre du conseil d'administration traite, dans l'exercice de ses fonctions, toute personne avec courtoisie et respect. Il agit avec dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

Éviter tout conflit d'intérêts

Le conflit d'intérêts se définit comme une situation où le membre du conseil d'administration a un intérêt personnel suffisant pour que celui-ci l'emporte ou risque de l'emporter sur l'intérêt public en vue duquel il exerce ses fonctions.

La notion de conflit d'intérêts constitue un thème très large. De fait, il suffit, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou autre, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que le membre du conseil d'administration ait réellement profité de sa charge ou ses fonctions pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent. Le risque que cela se produise peut être suffisant pour mettre en cause la crédibilité du membre ou de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

En outre, le membre du conseil d'administration devra éviter toute situation où il y a apparence de conflit d'intérêts même s'il n'y a aucun conflit d'intérêts réel.

Conformément aux articles 154 et 400 de la Loi, le membre du conseil d'administration et la présidente-directrice générale ou le président-directeur général ne peuvent donc pas avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise, une association ou un projet qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions. Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, le membre du conseil d'administration, autre que la présidente-directrice générale ou le président-directeur général, doit dénoncer son intérêt par écrit au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'organisme, l'entreprise, l'association ou le projet dans laquelle il a cet intérêt est débattue précisément. Quant à la présidente-directrice générale ou au président-directeur général, cette personne doit toujours s'abstenir de tout conflit.

Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

Le membre du conseil d'administration ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions. Il reconnaît que le fait d'être un membre de conseil d'administration ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit. Il reconnaît également que le fait d'être un membre du conseil d'administration ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée de conseil dûment convoquée ou lorsqu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

Le membre du conseil d'administration doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnels du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi. Il doit cependant toujours agir de façon la plus objective possible et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de la population et de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

Activités politiques

Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement, la présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

La présidente ou le président du conseil d'administration ou la présidente-directrice générale ou le président-directeur général qui veut présenter sa candidature à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, cette personne est en droit de

demander et d'obtenir un congé non rémunéré à compter du jour de l'annonce de sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité de la présidente ou du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

Le membre du conseil d'administration doit respecter les droits et privilèges des autres membres.

Le membre du conseil d'administration doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

Le membre du conseil d'administration, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

Le membre du conseil d'administration a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence et ses motifs si désiré, au procès-verbal.

Le membre du conseil d'administration évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Responsable de l'application

La présidente ou le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code d'éthique et de déontologie.

Obligation de respect du code et déclaration des intérêts détenus par le membre du conseil d'administration

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code et signer à cet effet l'annexe I.

Dès son entrée en fonction, toute personne nommée au conseil d'administration doit compléter, signer et remettre une déclaration qui apparaît à l'annexe II du présent code et elle doit amender cette déclaration dès qu'elle connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Manquements aux principes d'éthique et aux règles de déontologie

Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

Toute personne qui est d'avis qu'un membre du conseil d'administration a pu contrevenir à la Loi, au Règlement ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

La présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président, selon le cas, décide alors s'il s'agit bien d'un manquement et si la demande n'est pas frivole ou manifestement sans fondement. À cette fin, elle ou il peut mettre sur pied un comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie. Ce dernier peut alors lui donner un avis, à savoir s'il y a eu manquement et la qualification de celui-ci.

Ce comité conseil ad hoc sur l'éthique et la déontologie est formé de trois membres du conseil à l'exception de la présidente ou du président du conseil d'administration, de la vice-présidente ou du vice-président et de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général.

Si elle ou il en arrive à la conclusion qu'il y a eu manquement, la présidente ou le président ou la vice-présidente ou le vice-président doit en informer le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui agit alors conformément aux articles 37 et suivants du Règlement.

En vertu des articles 41 et 42 du Règlement, la sanction qui peut être imposée au membre du conseil d'administration est la réprimande, la suspension (dans le cas de la présidente-directrice générale ou du président-directeur général, suspension sans rémunération) d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

ANNEXE 1

ENGAGEMENT PERSONNEL

Je, _____, membre du conseil d'administration, ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie applicable aux membres de conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Je déclare en comprendre le sens et la portée et je m'engage à en respecter toutes les dispositions pendant comme après l'exercice de mon mandat.

_____

Signature

_____

Date

ANNEXE 2

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

Je, _____, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaires avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ou qui sont susceptibles d'en faire :

_____

_____

2. J'agis à titre d'administratrice ou d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à contrat avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ou susceptible de le devenir.

_____

_____

3. J'occupe les emplois suivants :

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____
Signature

_____
Date

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Bas-Saint-Laurent